

Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 488/22 da ANS.

Preenchimento obrigatório pela empregadora

Empresa Razão Social			
Número do Contrato	Tipo do Contrato <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental	Nome do Beneficiário	
Número do Beneficiário		CPF	
*MOTIVO DO CANCELAMENTO (EXCLUSÃO)			
<input type="checkbox"/> Pedido de demissão (empregado) ou exoneração (funcionário)	<input type="checkbox"/> Demissão/exoneração sem justa causa	<input type="checkbox"/> Demissão por justa causa	
<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Óbito do Titular	<input type="checkbox"/> Desistência do plano	<input type="checkbox"/> Transferência entre filiais
<input type="checkbox"/> Extinção por acordo entre empregado e empregador. Art. 484-A CLT		<input type="checkbox"/> Término de contrato de trabalho/estágio	
*Se demitido ou exonerado sem justa causa, informar a data da demissão/exoneração		____/____/____	
*Se aposentado, informar a data da concessão da aposentadoria		____/____/____	
*O ex-empregado contribuiu em algum momento para a manutenção do plano de saúde/dental, seja na atual operadora de planos de saúde, seja para a operadora de planos de saúde anterior, ou mesmo enquanto beneficiário de plano de saúde/dental fornecido pela empresa empregadora que foi submetida a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação com a atual contratante?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Obs. 1: O ex-empregado contributário é aquele que contribuiu/arcou com o pagamento do plano privado de assistência à saúde/dental, de forma parcial ou integral, mediante desconto em contracheque. Vale destacar que os valores pagos relacionados aos dependentes/agregados e, ainda, coparticipação e franquia não são considerados contribuição ao plano de saúde/dental. (Art. 2º, inciso I, RN 488 da ANS).			

Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado e contributário se enquadrar nos motivos de cancelamento: demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, conforme arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98.

** Se contributário, o beneficiário é ex-empregado "aposentado" que permaneceu trabalhando na mesma empresa nos termos do art. 22 da RN 488/22 da ANS?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
** Se contributário, o beneficiário foi informado do seu direito de "optar" pela manutenção do plano de saúde/dental?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
** Se contributário, deve escolher se			Data da opção
<input type="checkbox"/> Quer manter o benefício saúde/dental	<input type="checkbox"/> Não quer manter o benefício saúde/dental	____/____/____	
** Qual o tempo total de contribuição do beneficiário demitido ou aposentado para a contagem de permanência no benefício?			
Anos	Meses	Dias	

Obs. 2: - Ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa: cobertura equivalente a 1/3 do tempo de contribuição na empresa, sendo um mínimo de 6 (seis) meses e um máximo de 24 meses;
- Ex-empregado aposentado: cobertura por prazo indeterminado aos que contribuíram por, no mínimo, 10 (dez) anos. Para os que contribuíram por menos de 10 (dez) anos, a cobertura se dará à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

* Preenchimento obrigatório pela empresa.

** Preenchimento obrigatório se o ex-empregado em algum momento foi contributário.



Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 488/22 da ANS.

***Havendo a opção pela manutenção do benefício saúde/dental, informar o endereço residencial do titular para envio das faturas e correspondências referentes ao plano.

Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	

***Eu _____ declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção de meu benefício saúde/dental e, inclusive o preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e que o período de aplicação seguirá a data de contratação do contrato empresarial do qual faço parte.

Declaro estar ciente de que serão aplicados os reajustes por faixa etária, de acordo com a tabela prevista no contrato empresarial.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado, caso atrase o pagamento por um período superior a 60 dias (contínuos ou não), conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, ou se for admitido em outra empresa, condição esta que devo notificar imediatamente a assistência médica/odontológica, mediante devolução dos cartões de identificação.

*** Preenchimento obrigatório quando o ex-empregado fizer a opção pela manutenção do plano de saúde/dental.

*** Preenchimento opcional quando o ex-empregado fizer a opção pela manutenção do plano de saúde/dental.

RN 438 – COMUNICAÇÃO DE EXTINÇÃO DE VÍNCULO – POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO DE PORTABILIDADE – Artigo 8º, §1º da RN 438

A exclusão do beneficiário foi solicitada pelo motivo assinalado abaixo:

beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998

beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

Em razão da extinção de vínculo, o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências, no prazo de sessenta dias, contados a partir da sua efetiva exclusão. O prazo final para realização da portabilidade é ____ / ____ / ____*. O Valor da mensalidade do beneficiário excluído é de R\$ _____.

*O prazo final para realização da portabilidade poderá ser alterado, caso sua exclusão ocorra em período posterior à data programada, por motivos operacionais.

**** Dados do dependente que deseja excluir do contrato (opcional):

Nome completo	Data de nascimento
Matrícula (número do beneficiário)	
Nome completo	Data de nascimento
Matrícula (número do beneficiário)	
Nome completo	Data de nascimento
Matrícula (número do beneficiário)	



Formulário de movimentação cadastral para exclusão de beneficiário e informações sobre o ex-empregado para fins dos arts. 11 e 12 da resolução normativa nº 488/22 da ANS.

Número contrato de origem:			Número contrato de destino:		
Plano Médico atual:	Código:		Plano Médico destino:	Código:	
			Acomodação:	<input type="checkbox"/> Coletivo	<input type="checkbox"/> Privativo
Número contrato de origem:			Número contrato de destino:		
Plano Dental atual:	Código:		Plano Dental destino:	Código:	
			Acomodação:	<input type="checkbox"/> Coletivo	<input type="checkbox"/> Privativo

Solicitação de Troca de Titularidade em caso de óbito do titular aposentado, que contribuiu com o plano de saúde.

Eu _____

Inscrita no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, venho por meio desta solicitar a transferência de titularidade do benefício por motivo de óbito do titular.

Declaro que recebi nesta data todas as informações acima mencionadas, referentes à opção pela manutenção de meu benefício saúde e, inclusive o preço.

Estou ciente de que as regras de reajuste anual seguirão a previsão contratual e que o período de aplicação seguirá a data de contratação do contrato empresarial do qual faço parte.

Declaro estar ciente de que os reajustes por faixa etária, quando cabíveis, serão aplicados de acordo com a tabela prevista no contrato empresarial.

Estou ciente e concordo com todas as informações preenchidas neste formulário.

Por fim, declaro estar ciente de que terei o benefício cancelado, caso atrase o pagamento por um período superior a 60 dias (contínuos ou não), conforme estabelece a Lei nº 9.656/98, ou se estiver trabalhando em outra empresa, condição esta que devo notificar imediatamente a assistência médica, mediante devolução dos cartões de identificação.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo da contratante
(empresa) - OBRIGATÓRIA

Assinatura do ex-empregado
(OBRIGATÓRIA CASO CONTRIBUTÁRIO)
ou empregado
(QUANDO DESISTENTE DO PLANO)

