

**PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE -MANUTENÇÃO DO VÍNCULO COLETIVO
COMUNICAÇÃO AO EX-EMPREGADO E MANIFESTAÇÃO DE VONTADE**

Preenchimento pela empresa empregadora (CONTRATANTE)

Nome Titular (sem abreviação)

CPF

Motivo da Exclusão:

Beneficiário sem direito ao benefício (assinatura e envio):

demissão com justa causa iniciativa do empregado mudança de operadora

Análise do direito de permanência nos casos de:

demissão sem justa causa aposentadoria óbito _____

Contribuição:

Durante a atual relação de emprego, o empregado (titular) contribuiu^(*) para o pagamento das mensalidades de seu próprio^(**) plano privado de assistência à saúde?

(*) Considerar todo o período na relação de emprego, ainda que a contribuição tenha ocorrido em planos de outras operadoras.

(**) Não considerar pagamentos relacionados aos dependentes ou à coparticipação nos procedimentos.

não, beneficiário sem direito (assinatura e envio) sim, por _____ meses (continue o preenchimento)

Falecimento de Empregado que se Aposentou:

Em caso de óbito, o empregado se aposentou durante a atual relação de emprego e permaneceu trabalhando na empresa?

não, família sem direito (assinatura e envio) sim (rotina de informação à família^(*))

(*) O direito de manutenção do vínculo da contratação coletiva é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito.

Contagem do Tempo de Permanência:

O tempo de manutenção do vínculo da contratação coletiva será, para os **demitidos sem justa causa**, equivalente a um terço do tempo de contribuição, limitado ao período máximo de 24 meses, sendo garantido o mínimo de seis meses.

O **aposentado** que tiver contribuído para seu plano de assistência à saúde, em decorrência de seu atual vínculo empregatício, por pelo menos dez anos, é assegurado o direito de manutenção do vínculo por prazo indeterminado; caso a contribuição tenha ocorrido por período inferior a dez anos, é assegurado o direito à razão de um mês para cada mês de contribuição.

São asseguradas as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Declaração

Declaramos que o beneficiário titular acima referido foi devidamente orientado sobre seu eventual direito de manter sua vinculação à contratação coletiva, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, devendo, para tanto, assumir o pagamento integral das contraprestações, cujos valores teve prévia ciência.

Nome do Representante da empresa

Assinatura do Representante da empresa

Local e Data

COMUNICAÇÃO DA EMPRESA AO BENEFICIÁRIO

Em atendimento à norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 de junho de 1998, informamos que V.S. tem direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações do respectivo plano, cujos valores foram disponibilizados pelo departamento de Recursos Humanos, bem como pela operadora, em seu Portal na Internet.**

O período de manutenção da vinculação à contratação coletiva será: **(a) para os demitidos sem justa causa:** um terço do tempo de contribuição para o(s) plano(s) mantido(s) por esta empresa, limitado ao **período máximo de 24 meses, sendo garantido o mínimo de seis meses;** **(b) para o aposentado: um mês para cada mês de contribuição,** ou por tempo indeterminado se a contribuição se deu pelo prazo mínimo de dez anos.

O direito é assegurado pelo prazo acima ou **até a admissão de V.S. em novo emprego** que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo, o que **deverá ser comunicado à operadora do plano, sob pena de caracterização de fraude.**

A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiar então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. V.S. deverá manifestar-se na forma abaixo sobre o interesse ou não em exercer o direito aqui disposto. V.S. poderá ainda, no período de 30 (trinta) dias contados da data de assinatura deste comunicado, procurar diretamente a operadora manifestando seu interesse. **Não havendo qualquer manifestação em 30 (trinta) dias contados da data deste comunicado, V.S. perderá o direito de opção pela manutenção do vínculo coletivo.**

Preenchimento pelo ex-empregado (usuário titular)

Declaro que recebi todas as orientações e esclarecimentos a respeito do direito de manter minha condição de beneficiário da contratação coletiva, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Assim, assinalo abaixo a minha opção:

Assinalar apenas uma opção

Tenho interesse

Beneficiário com interesse ao benefício (assinatura e envio):

MANIFESTO MEU INTERESSE em manter o plano de saúde na condição de ex-empregado (inativo), esclarecendo que tenho ciência das condições previstas para o exercício do direito, inclusive quanto aos valores das respectivas contraprestações e a responsabilidade pelo seu pagamento integral independentemente da utilização do serviço (sujeito às variações acordadas entre a empresa CONTRATANTE e a OPERADORA). A MINHA ADESAO SOMENTE SERÁ FORMALIZADA MEDIANTE A ASSINATURA DO TERMO DE OPÇÃO PARA PERMANÊNCIA DE EX-EMPREGADOS.

Dependentes que deverão ser mantidos: *preencher os dados dos dependentes que permanecerão no plano de inativo

Nome Dependente (sem abreviação)	CPF

Endereço de Cobrança:

Endereço – Bairro Cidade/UF

CEP: Tel.: E-mail

Nome do Beneficiário Titular

Vigência Plano Inativo:

Assinatura do Beneficiário Titular

Local e Data



Não tenho interesse

MANIFESTO MEU DESINTERESSE, ciente de que não terei mais direito ao plano de saúde e a sua utilização a partir desta data será caracterizada como abuso. Estou ciente também que devo devolver meu cartão de identificação do plano de saúde, e de meu grupo familiar, imediatamente.

Utilizarei o prazo de trinta dias para decidir

INFORMO que estou ciente de que preciso manifestar meu interesse no prazo de 30 (trinta) dias a contar desta data, e que, uma vez ultrapassado, sem a minha manifestação, não mais poderei exercer o direito de opção pela manutenção do vínculo coletivo, e estaremos, eu e meu grupo familiar, excluídos do plano, cuja utilização das coberturas será considerada abuso.

Nome do Beneficiário Titular

Assinatura do Beneficiário Titular

Local e Data