**FORMULÁRIO DEMITIDO OU APOSENTADO (RN 488)**

**I – EXCLUSÃO COM CIÊNCIA DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DO PLANO COMO EX-EMPREGADO**

**1. DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  Unimed Extremo Oeste Catarinense | **CNPJ**  80.653.975/0001-58 | **REGISTRO ANS**  Nº 34.025-1 |

**2. DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**3. DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Devido a rescisão do contrato de trabalho por demissão ou aposentadoria, solicitamos a exclusão do beneficiário titular abaixo relacionado e, consequentemente, dos dependentes a ele vinculados.** | | | |
| **Motivo** | **Código beneficiário** | **Nome do beneficiário** | **Data de exclusão** |
| **70** |  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Motivo de exclusão:** 70 – Desligamento da empresa e/ou associado | | | |

**4. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO DIREITO AO PLANO DE EX-EMPREGADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **O EX-EMPREGADO FOI EXCLUÍDO POR**  ☐Demissão sem justa causa. O ex-empregado estava aposentado? ☐Sim ☐Não;  ☐Aposentadoria; ou  ☐Aposentado que continuou trabalhando e foi a óbito. | **Tempo de contribuição (meses):** |
| ***Nota: Somente é considerada contribuição para viabilizar o direito à manutenção no plano, a contribuição do titular no pagamento da sua mensalidade.*** *Não devem ser consideradas como contribuição o pagamento parcial ou integral da(s) mensalidade(s) do(s) dependente(s) ou o pagamento dos valores à título de coparticipação como fator moderador.* | |

**5. CIÊNCIA E OPÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS**

De acordo com a Resolução RN n° 488 da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, nas mesmas condições de cobertura assistencial (segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

1. Já contribuísse financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
2. Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para a sua faixa etária e de seus dependentes; e
3. A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de ciência abaixo.
4. Em caso de opção de manutenção do plano deverá ser preenchimento o item II deste formulário que deverá ser encaminhado à operadora.

**6 . MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Declaro que estou ciente dos meus direitos e obrigações quanto a manutenção do plano na condição de ex-empregado e afirmo que:  **☐ OPTO** pela manutenção do plano;  **☐ NÃO** **OPTO** pela manutenção do plano;  **☐ ANALISAREI A PROPOSTA** e notificarei à empresa contratante no prazo de 30 (trinta) dias da data de ciência abaixo. Não havendo manifestação minha no prazo autorizo assumir como desinteresse na manutenção do plano. | | | |
| **DATA DA CIÊNCIA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.** |  |  |  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** |  | **ASSINATURA DO EX-EMPREGADO** |

**II - FORMULÁRIO MANUTENÇÃO NO PLANO COMO EX-EMPREGADO**

**1. DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**2. DADOS DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**  ☐Nacional ☐Estadual ☐Regional ☐Municipal | **INÍCIO DE VIGÊNCIA**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **COPARTICIPAÇÃO**  ☐0% ☐20% ☐30% ☐50% | **ACOMODAÇÃO**  ☐Coletivo ☐Apto ☐Sem Internação |

**3. DADOS DO EX-EMPREGADO\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | | | | | |
| **CÓDIGO BENEFICIÁRIO QUANDO FUNCIONÁRIO ATIVO** | | | | **CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA CONDIÇÃO DE EX-EMPREGADO** | | | |
| **TELEFONE CELULAR**  ( ) | | **TELEFONE RESIDENCIAL**  ( ) | | | **E-MAIL** | | |
| **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA** | | | | | | | **NÚMERO** |
| **COMPLEMENTO** | **BAIRRO** | | **CEP** | | | **CIDADE** | **UF** |
| *\*Nos casos de beneficiário aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e faleceu, é obrigatório formalizar, por termo aditivo, qual dependente inscrito assumirá a responsabilidade do plano, inclusive o pagamento.* | | | | | | | |

**4. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

O ex-empregado têm direito de manter ou não todos os dependentes já cadastrados no plano de saúde antes do desligamento da empresa e posteriormente poderá incluir **somente novo cônjuge** **e filhos.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dep. 1** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 2** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 3** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 4** | **NOME** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **CPF** | **E-MAIL** | |
| As inscrições serão aceitas mediante correto preenchimento de todos os campos e a cópia dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário. | | | |

**5. VENCIMENTO E ENVIO DO BOLETO**

|  |  |
| --- | --- |
| **VENCIMENTO**  **10** | ☐ Débito automático em minha conta corrente, *sendo* *obrigatório envio da autorização;*  ☐ Retirar o boleto no Portal do Beneficiário/Cadastro Web;  ☐ Boleto seja encaminhado ao e-mail do titular acima informado;  ☐ Retirar o boleto na sede dos Correios, devido ausência de número do logradouro ou ausência dos serviços de entrega dos Correios\*;  ☐ Envio do boleto por Correio, quando o endereço acima informado for válido\*.  *\*Havendo optado pelo recebimento do boleto por Correio, comprometo-me a informar imediatamente à Operadora caso não receba até 5 dias antes do respectivo vencimento.* |

**6. TEMPO DE PERMANÊNCIA DO EX-EMPREGADO NO PLANO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA** | **APOSENTADO** |
| Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos. | * Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por período equivalente ao tempo de contribuição; ou * 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos. |

**7. CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS**

|  |
| --- |
| * Se o beneficiário for admitido em novo emprego que possibilite o ingresso em novo plano de saúde; * Quando terminarem os prazos de permanência no plano como demitido ou aposentado; * Se a ex-empregadora rescindir o contrato de plano de saúde com esta operadora, automaticamente o plano de ex-empregado será cancelado; * Inadimplência de 60 dias consecutivos ou não, mediante notificação até 50º dia de atraso; ou * Por vontade própria, mediante pedido formalizado à operadora, esclarecimentos através dos canais de atendimento previstos no verso do cartão. |

**8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Declaro, para os fins de direito** **que:**   1. assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e coparticipações, se houver. 2. no caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional me possibilite a inscrição no plano de saúde da nova empregadora me comprometo a formalizar junto a operadora o pedido de cancelamento do plano. 3. autorizo a ex-empregadora e/ou operadora a solicitar documentação comprobatória, a qualquer tempo, com a finalidade de comprovar o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado.   **Estou ciente** **que:**   1. os beneficiários que estavam cumprindo carência ou em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT na data da rescisão do contrato de trabalho cumprirão os períodos remanescentes neste plano. 2. ocorrendo o cancelamento do plano de ex-empregado, conforme condições acima especificadas, é de minha responsabilidade a devolução dos cartões de identificação. 3. os valores serão reajustados anualmente (conforme negociação com a ex-empregadora ou cláusula contratual) e em caso de mudança de faixa etária. 4. posso exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA. 5. a Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: www.unimedextremooeste.com.br com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano. 6. o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar. 7. a Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimeds por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site [www.unimedextremooeste.com.br](http://www.unimedextremooeste.com.br/). 8. a comunicação da CONTRATADA para o beneficiário (ex-empregado) será realizada através das seguintes ferramentas de comunicação eletrônica: telefone, e-mail, torpedos (SMS), aplicativos que permitam a troca de mensagens (whatsapp, messenger e outros), informados pelo beneficiário (ex-empregado), observadas regras da ANS e o disposto na Cláusula Tratamento de Dados Pessoais, inclusive para o envio de documentos, faturas, notificações de inadimplência, avisos de rescisão contratual, cartas de cobrança, dentre outros.   **Declaro ainda que:**   1. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo, 2. na qualidade de titular e responsável legal dos adolescentes (maior de 12 anos e menores de 18), ou incapazes, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |  | **ASSINATURA DO EX-EMPREGADO** | |

**9. TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS**

|  |
| --- |
| **MENOR DE IDADE (CRIANÇA ATÉ 12 ANOS)**  **Na qualidade de responsável legal pelo menor de idade (criança até 12 anos), declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima e tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento de seus respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.**  **Assinatura do Titular (Responsável Legal)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ANEXO I****DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO** |
| **TITULAR**   1. **Cópia** CPF, CNS e RG; 2. **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove.    * ***Exemplos:*** *conta de água, luz ou telefone; contrato de locação; declaração de endereço.* 3. **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**  * Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa); ou * Cópia da Ficha de Registro do Empregado (assinada e carimbada pela empresa); ou * Termo de rescisão contratual de trabalho.   Nos casos de **ex-empregado aposentado**, além dos documentos acima, é necessário o documento de concessão do benefício de aposentadoria emitido pelo INSS. |
| **DEPENDENTES**   * **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento; * **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório); * **Filhos(as):** Cópia do CPF, CNS, Cópia da Certidão de Nascimento ou RG; * **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção; * **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade; * **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal; * **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular; * **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela. |