



SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE

Identificação	
Nome da empresa:	Data: / / 20
Nome do Titular:	Valor:
<input type="checkbox"/> Exclusão de Titular	<input type="checkbox"/> Exclusão de Dependente

Informações para exclusão

Conforme Resolução Normativa nº 279 é obrigatório o preenchimento das informações a seguir apenas para Titulares.

1 - O beneficiário será excluído por:

<input type="checkbox"/> DEMISSÃO/EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA	<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA		
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Pedido de demissão	<input type="checkbox"/> Acordo entre as partes	<input type="checkbox"/> Demissão COM Justa Causa

2 - O Beneficiário demitido/ exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN 279?
(aposentado que continua trabalhando na mesma empresa)

Sim Não

3 - O Beneficiário CONTRIBUIA para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?

Sim Não

4 - Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?

De: / / até / /

5 - O ex-empregado OPTOU pela sua manutenção como beneficiário inativo ou se RECUSOU a manter esta condição?

Optou Recusou Não se manifestou dentro de 30 dias da comunicação

Informamos que a portabilidade de carências poderá ser exercida no prazo máximo de 60(sessenta) dias a partir data de cancelamento, observados os demais requisitos dispostos na Resolução Normativa - RN 438/2018.

Outros detalhes sobre a portabilidade e compatibilidade de planos podem ser consultados no portal www.ans.gov.br

Dependentes		
Nome:	Parentesco:	Valor:
Nome:	Parentesco:	Valor:
Nome:	Parentesco:	Valor:

Assinatura e carimbo da empresa

Assinatura do beneficiário

Declaração do beneficiário titular

(assinar caso tenha direito a permanecer no plano de saúde)

Declaro que recebi cópia desta solicitação de exclusão e estou ciente que em virtude de minha contribuição para o plano de saúde coletivo mantido junto a Unimed Amparo Cooperativa de Trabalho Médico por parte desta EMPRESA, a partir desta data, terei o **prazo máximo de 30 (trinta) dias** para optar pela minha manutenção e de meus dependentes, como beneficiário(s) no referido plano de saúde, na qualidade de "Inativo", assumindo integralmente o pagamento das mensalidades inerentes ao plano inativo, conforme tabela de preços estabelecido no contrato do plano de saúde. Estou ciente ainda, que a não manifestação no prazo acima, implicará no desinteresse tácito da referida manutenção no plano como inativo.

Data da rescisão: / /

Assinatura do funcionário titular: _____