



**TERMO E SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO POR
DEMISSÃO OU APOSENTADORIA - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

CONTRATANTE

CÓDIGO ANA COSTA SAÚDE: _____

CNPJ: _____

RAZÃO SOCIAL/NOME FANTASIA: _____

Solicitamos a exclusão do Beneficiário Titular e de seus dependentes inscritos, vinculados à empresa CONTRATANTE acima qualificada:

BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

MOTIVO DA EXCLUSÃO: () Demissão, pela empresa () Demissão, a pedido do funcionário () Aposentadoria

DATA A SER PROCESSADA A EXCLUSÃO NA OPERADORA: _____

Não contribuía financeiramente com a mensalidade - não caracteriza direito à manutenção da condição de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Contribuía financeiramente com a mensalidade, mas a exoneração/demissão foi com justa causa ou o desligamento se deu por livre escolha ou por outro motivo - não caracteriza direito à manutenção da condição de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Contribuía financeiramente com a mensalidade e a exoneração/demissão foi sem justa causa.

Data da exoneração/demissão: _____

Tempo de Contribuição: _____ anos _____ meses _____ dias

Contribuía financeiramente com a mensalidade e aposentou.

Data da aposentadoria: _____

Tempo de Contribuição: _____ anos _____ meses _____ dias

O beneficiário titular acima identificado declara ter conhecimento dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, regulamentados pela RN 279/11, onde se garante a manutenção da condição de beneficiário **para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados**. O aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa terá o seu direito garantido, a partir do momento em que se desligar do empregador. Ainda, para fins dos direitos previstos, **o empregado deverá ter contribuído, de forma parcial ou total, com o valor da mensalidade do seu plano de saúde**, não sendo considerados os valores de coparticipação, nem da mensalidade dos seus dependentes.

E, assim sendo, o Beneficiário titular ainda declara:

Tenho interesse em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE, sabendo que a formalização desta opção deve ocorrer junto à operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Não tenho interesse em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE.

Declaramos que as informações são verdadeiras e completas.

(**) Local e data (comunicação ao beneficiário/rescisão contrato de trabalho): _____

CONTRATANTE

(assinatura e carimbo)

EX-EMPREGADO

(assinatura)

Todos os dados desta declaração são de preenchimento obrigatório.