

TERMO ÚNICO PARA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO DEMITIDO OU APOSENTADO

Em atendimento ao art. 10 da Resolução Normativa RN nº 488/2022, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pelo presente termo, declaramos ter comunicado que o ex-colaborador, caso tenha contribuído com a sua mensalidade, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no plano de assistência médica nas mesmas condições de segmentação e cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades.

1- A opção pela manutenção ou não no plano de assistência médica tem o prazo de 30 dias, contados da assinatura deste comunicado. Ciente desta condição, o titular declara que:

tem interesse no benefício de demitidos e aposentados e dispensa o período de 30 dias previsto para avaliação das condições.

Utilizará o prazo de 30 dias para optar pela participação no benefício. Declara, ainda, ter ciência de que a ausência de resposta implicará na renúncia ao benefício ora comunicado.

Não tem interesse no benefício de demitidos e aposentados e dispensa o período de 30 dias previsto para avaliação das condições.

Não contribuiu para o plano.

2- Em atendimento a lei citada, prestamos as seguintes informações:

O Sr.(a) \_\_\_\_\_ ;

Inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ;

Residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ ;

E-mail \_\_\_\_\_ ;

beneficiário do plano de saúde firmado com a Unimed-Rio e possuidor do código de

nº , foi desligado do quadro de colaboradores desta empresa pelo seguinte motivo:

demissão sem justa causa ou exoneração

aposentadoria

era aposentado, mas continuou trabalhando, por isso tem garantido o direito de se manter no plano de assistência médica, na condição de aposentado, na forma do art. 22 da Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS.

Incluído no plano de assistência médica na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e:

Contribuiu para a manutenção do plano de assistência médica no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

3- Com relação à manutenção facultativa dos dependentes legais que participavam do plano na data da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, o ex-colaborador fará a seguinte opção:

- a) ( ) manter apenas o titular no plano, excluindo todos os dependentes e agregados;
- b) ( ) manter o titular no plano, com todos os dependentes e agregados inscritos;
- c) ( ) manter o titular no plano e alguns dos dependentes inscritos, conforme relação abaixo.

Código: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Dependência: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Dependência: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Dependência: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Dependência: \_\_\_\_\_

4- Importante ressaltar que:

- a) O não pagamento, tanto da mensalidade quanto dos valores referentes à franquia e/ou coparticipação, caracterizará inadimplência, o que implicará na suspensão das coberturas e acarretará no cancelamento definitivo do contrato, caso venha acumular 60 (sessenta) dias de atraso, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do plano.
- b) Para a cobrança direta das mensalidades a CONTRATADA poderá cobrar na boleta bancária taxa de até 5% (cinco por cento), com vistas à cobertura dos custos inerentes a esse tipo de cobrança.
- c) Estará sujeito às mesmas condições contratuais que vierem a ser estabelecidas para todos os participantes ativos do contrato acima mencionado.
- d) O titular deve comunicar à Unimed-Rio a possibilidade de novo vínculo profissional e/ou a retomada da condição de empregado. A qualquer tempo, a CONTRATADA poderá solicitar documentação que comprove a inexistência de novo vínculo profissional que possibilite ingresso em plano de assistência médica coletiva.
- e) Declara ciência do valor das mensalidades, caso opte pelo benefício.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE (carimbo da empresa e assinatura)  
Ciente e de acordo:

\_\_\_\_\_  
BENEFICIÁRIO (nome e assinatura):

Data da opção pelo benefício (caso tenha utilizado o prazo de 30 dias para optar pela participação no benefício): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
BENEFICIÁRIO (nome e assinatura):