**TERMO ÚNICO PARA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO DEMITIDO OU APOSENTADO**

Em atendimento ao art. 10 da Resolução Normativa RN nº 279/2011, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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:

( ) pedido de exoneração

( ) 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 279/2011 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:**

1. ( ) manter apenas o titular no plano, excluindo todos os dependentes e agregados;
2. ( ) manter o titular no plano, com todos os dependentes e agregados inscritos;
3. ( ) 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-Rioa 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.

Brasília, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciente e de acordo:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data da Opção pelo Benefício** (caso tenha utilizado o prazo de 30 dias para optar pela participação no benefício)**:**

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

**\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO (nome e assinatura):**