

DECLARAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO DO COMUNICADO DA OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SAÚDE NOS TERMOS DA RN/488/22

1) O(a) beneficiário(a) foi excluído(a) por demissão ou exoneração sem justa causa?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

2) O(a) beneficiário(a) foi excluído(a) pelo fato de ter se aposentado?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

3) O(a) Beneficiário(a) demitido(a) ou exonerado(a) sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN488/22, ou seja, é o caso de empregado(a) aposentado(a) que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** após a aposentadoria?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

4) O(a) beneficiário(a) contribui ou já contribuiu para o pagamento do atual plano privado de assistência à saúde ou plano antecessor ainda que em outra Operadora de Plano de Saúde?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

5) Por quanto tempo o(a) beneficiário(a) contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, considerando inclusive planos sucessores? (caso o plano antecessor seja em outra Operadora de Plano de Saúde, excluir o tempo de contribuição a plano anterior à Lei 9.656/98 não adaptado).

_____.

6) O(a) ex-empregado(a) optou pela sua manutenção como beneficiário no plano de privado de saúde ou se recusou a manter esta condição?

OPTOU ()	RECUSOU ()
------------------	--------------------

DECLARO sob as penas da lei que, o(a) Sr.(a) _____, matrícula, vinculado(a) ao plano _____, produto registrado na ANS sob o nº _____, ex-empregado(a) da empresa _____, foi comunicado(a) da opção de manutenção da condição de beneficiário do plano de saúde, nos termos que estabelece o artigo 10 da RN 488/22, conforme documento anexo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do representante legal da Pessoa Jurídica Contratante

**TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO
PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – ART. 30 E 31 DA LEI
9.656/98**

Eu, _____, CPF nº _____, residente e domiciliado _____

beneficiário do plano _____, registro ANS nº _____, contratado por minha empregadora _____ declaro, de livre e espontânea vontade:

Ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no plano em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a Contratante, em decorrência de minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Não ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no plano em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a Contratante, em decorrência de minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Declaro também que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado de todos os beneficiários dependentes já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho.

Declaro também que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado apenas dos seguintes beneficiários dependentes já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho:

Declaro, por fim, estar ciente de que, para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, assumirei as responsabilidades financeiras definidas no contrato/regulamento do Plano em que serei mantido e na legislação aplicável, principalmente na que se refere à Resolução Normativa – RN nº 488, de 29 de março de 2022, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, estando ciente, inclusive, das regras de inadimplência, de suspensão, de cancelamento e do prazo de manutenção deste benefício.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário: _____

Matrícula nº: _____