

DATA BAIXA CADASTRO

EMPRESA:

EXC. PLANO

MEDICO

ODONT.

DADOS DO FUNCIONÁRIO (TITULAR)

NOME

DATA NASCIMENTO

ENDEREÇO

DATA ADM.

BAIRRO

CIDADE

Nº

CEP

EXCLUSÃO

TITULAR + DEPENDENTES

SOMENTE DEPENDENTE

CELULAR

DADOS DOS DEPENDENTES - PREENCHER SOMENTE PARA EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

1.NOME

3.NOME

2.NOME

4.NOME

MOTIVO DO CANCELAMENTO TITULAR

 APOSENTADORIA DEMISSAO S/ JUSTA CAUSA

DATA DESLIGAMENTO

TITULAR CONTRIBUIU PARA O PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO?

SIM

NÃO

CASO POSITIVO, POR QUANTO TEMPO:

MESES.

O beneficiário titular acima identificado declara ter recebido o "Termo de Comunicação" e ter conhecimento dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, regulamentados pela RN 279/11, onde é assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Tenho interesse em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE, sabendo que serão geradas cobranças a partir deste aceite e que tenho que comparecer à sede da Medical para atualização dos dados cadastrais.

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

 DESISTENCIA*Para titulares e dependentes*

O beneficiário titular acima identificado declara ter recebido as informações sobre as consequências do Cancelamento ou Exclusão, sendo elas: a exclusão será de efeito imediato e de caráter irrevogável no momento da notificação à Medical, conforme normatizado na RN 412 (10/11/2016). A inclusão em novo plano será realizada: mediante ao cumprimento de novos períodos de carência, perda do direito à portabilidade, preenchimento de declaração de saúde e cumprimento de prazos para Cobertura Parcial Temporária caso declarado a existência de Doença ou Lesão Pré Existente.

 FALECIMENTO DEMISSAO C/ JUSTA CAUSA PEDIDO DE DEMISSAO

DATA e ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA EMPRESA E CARIMBO