

# Ficha de Opção Demitido/Aposentado



SAÚDE

0  OPTO POR PERMANECER NO PLANO  OPTO POR NÃO PERMANECER NO PLANO

1 CÓDIGO DA EMPRESA		2 NOME DA EMPRESA			3 <input type="checkbox"/> DIMITIDO <input type="checkbox"/> APOSENTADO			
4 <input type="checkbox"/> INCLUSÃO		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO CADASTRAL		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO		<input type="checkbox"/> RECADASTRAMENTO À PARTIR DE		
5 ÚLTIMA MÁTRICULA		6 ÚLTIMO SALÁRIO R\$		7 PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO			A	
8 DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA		9 DATA DE DEMISSÃO NA EMPRESA		10 PERÍODO DE PERMANÊNCIA NO PLANO				
11 DATA DA INCLUSÃO PLANO DESLIGADO		12 DATA FINAL DO PLANO DESLIGADO		13 NÚMERO DO P.I.S.				
14 NOME DO PLANO		15 REDE REFERENCIADA		16 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO				
17 NOME DO EX-FUNCIONÁRIO								
18 ENDEREÇO COMPLETO PARA CORRESPONDÊNCIA (RUA/AV.,Nº, COMPL.)								
19 BAIRRO		20 CIDADE			21 UF	22 CEP		
23 DDD/TELEFONE ( )		24 NÚMERO DO BIP / CÓDIGO ( )			25 NÚMERO CELULAR ( )			
26 NÚMERO DO C.P.F. DO EX-FUNCIONÁRIO		27 NOME DO BANCO		28 NÚMERO BANCO	29 NÚMERO AGÊNCIA	30 DV	31 CONTA CORRENTE	32 DV
33 NOME DOS USUÁRIOS		34 PARENTESCO	35 DATA DE NASCIMENTO		36 SEXO	37 ESTADO CIVIL	38 VALOR DA MENSALIDADE R\$	
00		TITULAR						
01		CÔNJUGE						
02		FILHO						
03								
04								
05								
06								
07								
39 TOTAL GERAL DA MENSALIDADE DO GRUPO FAMILIAR A SER PAGO PELO TITULAR. R\$ ( )								
<b>OBSERVAÇÕES</b>								
<p>DE ACORDO COM A LEI 9.656 DE 05/06/98 E RESOLUÇÕES, ESTOU CIENTE QUE:</p> <p>A. A PERMANÊNCIA NO PLANO SERÁ DE: FUNCIONÁRIO DIMITIDO - EQUIVALENTE A 1/3 (UM TERÇO) DO PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO A EMPRESA, GARANTINDO O MÍNIMO DE 6 MESES E O MÁXIMO DE 24 MESES. FUNCIONÁRIO APOSENTADO - TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO A EMPRESA MENOR QUE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO DE PERMANÊNCIA SERÁ EQUIVALENTE AO PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO; TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO A EMPRESA MAIOR QUE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO DE PERMANÊNCIA SERÁ INDETERMINADO.</p> <p>B. A CADA 90 DIAS DEVEREI FAZER MEU RECADASTRAMENTO NO PLANO, COMPROVANDO NÃO POSSUIR ALGUM VÍNCULO TRABALHISTA, BEM COMO EXERCENDO ATIVIDADE PROFISSIONAL, DEVENDO PREENCHER NOVO FORMULÁRIO DE CADASTRO E APRESENTAR CÓPIA DE MINHA CARTEIRA DE TRABALHO, DAS PÁGINAS REFERENTE AO FGTS, PARA CONTINUAR COM A COBERTURA.</p> <p>C. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DOS BOLETOS BANCÁRIOS APRESENTADOS COMO MINHA PARCELA NO PLANO DE SAÚDE, EU E MEUS DEPENDENTES PERDEREMOS O DIREITO DE PERMANECER NO PLANO.</p> <p>D. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DO BOLETO BANCÁRIO NÃO ESTOU ISENTO DO PAGAMENTO DO MESMO, DEVENDO ENTRAR EM CONTATO IMEDIAMENTE COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA.</p> <p>E. O PLANO PARA O QUAL ESTOU OPTANDO É IGUAL AO PLANO ANTERIOR, ENQUANTO FUNCIONÁRIO ATIVO.</p> <p>F. SÓ PODEREI INCLUIR OU EXCLUIR DEPENDENTES EM CASO DE NASCIMENTO OU ÓBITO RESPECTIVAMENTE.</p> <p>G. EM CASO DE REESTRUTURAÇÃO DO PLANO POR PARTE DA EMPRESA ESTAREI SUJEITO ÀS NOVAS CONDIÇÕES IMPOSTAS PELA MESMA.</p> <p>H. ESTE DOCUMENTO SÓ SERÁ VÁLIDO COMO CONTINUIDADE NO PLANO QUANDO APRESENTADO O COMPROVANTE DE PAGAMENTO.</p>								

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS. EM CASO DE OMISSÃO DE INFORMAÇÕES RESPONSABILIZO-ME POR QUALQUER DESPESA DECORRENTE DE UTILIZAÇÃO INDEVIDA, PERDEREI O DIREITO AO BENEFÍCIO E PODEREI SER ACIONADO JUDICIALMENTE.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO EX-FUNCIONÁRIO

ASSINATURA REPRESENTANTE DA EMPRESA

# Declaração de Responsabilidade



SAÚDE

Local e data

Eu, \_\_\_\_\_, até a presente data participante do plano de seguro saúde coletivo com vínculo empregatício oferecido pela \_\_\_\_\_, declaro, na qualidade de ex-funcionário, estar ciente de que eu e meus dependentes permaneceremos no plano de seguro saúde e que assumirei integralmente o valor do prêmio cobrado correspondente.

Declaro estar ciente que caso venha a ser admitido em novo emprego, eu e meus dependentes, teremos o benefício cancelado, conforme o parágrafo 5º do artigo 30 da Lei 9656/98 e Resolução 20 do CONSU publicada em 07.04.1999. Dessa forma, comprometo-me formalizar junto a Unibanco Aig Saúde Seguradora S/A, declaração comunicando minha admissão em novo emprego, dentro dos 10 (dez) primeiros dias após a data de início das atividades de trabalho, seja na economia formal ou informal.

Declaro estar ciente que em caso de utilização indevida, estarei sujeito às sanções civis e penais previstas em lei, bem como ressarcimento à Seguradora de todas as despesas utilizadas por mim e/ou meus dependentes.

Ex-funcionário: \_\_\_\_\_

Carteira de Trabalho nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

Registro de Identidade (RG) nº: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Segurado (ex-funcionário)

Representante Legal da Empresa

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_