

COMUNICAÇÃO

Porto Alegre, 25 de abril de 2012.

Comunicado RN 279 nº 001/2012

Prezado (s) Cliente (s),

Comunicamos que foi publicado pela ANS Resolução Normativa nº 279, que assegura aos demitidos e aposentados o direito a manutenção do plano de saúde empresarial, com coberturas idênticas à vigente durante o contrato de trabalho.

Para ter direito ao benefício, o aposentado ou ex-empregado deverá ter sido demitido, sem justa causa, e contribuído para o pagamento do plano de saúde, através do pagamento da mensalidade, com exceção aos valores de contribuição relacionados somente a dependentes, agregados e co-participação.

Em razão das mudanças advindas desta nova resolução, estaremos na data do aniversário do contrato, encaminhando aditivo contratual, bem como o novo formulário de exclusão de beneficiários, onde constam descritas as principais mudanças criadas pela ANS, na qual contamos com a vossa cordial compreensão para preenchimento e assinatura.

Ressalta-se que, a não assinatura do presente aditivo, bem como, o não preenchimento correto de todos os campos do formulário de exclusão, sujeitará a aplicação de penalidade de multa **no valor de R\$ 30.000,00 impostas pela ANS.**

Para maiores informações contate-nos através do e-mail:

faleconosco@centroclinicogaicho.com.br

Desde já agradecemos pela compreensão.

Atenciosamente,

Centro Clínico Gaúcho

Obs.: Esclarecemos que as alterações realizadas são imposições criadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cabendo a esta Operadora cumpri-las integralmente. Para maiores informações consulte o site www.ans.gov.br.



Centro Clínico Gaúcho
Planos de Saúde Empresariais

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO



Excluir todos () Excluir somente dependente ()

Nome da empresa:

Nome do titular (sem abreviações):

CPF

Código cartão:

DEPENDENTES

Nome do dependente (sem abreviações):

CPF quando este tiver 18 anos ou mais:

DEPENDENTES

Nome do dependente (sem abreviações):

CPF quando este tiver 18 anos ou mais:

DEPENDENTES

Nome do dependente (sem abreviações):

CPF quando este tiver 18 anos ou mais:

Nome do dependente (sem abreviações):

CPF

Nome do dependente (sem abreviações):

CPF

Código cartão:

Uso exclusivo da empresa:

1. Demitido/Exonerado () Sim Não () () Outro, especificar: _____
sem Justa Causa? () Sim () Não

2. Aposentado () Sim () Não
Continuava trabalhando? () Sim () Não

3. Contribuia para o pagamento do plano?
() Sim () Não Quanto tempo? _____ Qual valor R\$? _____

4. Tenho ciência e optei pela possibilidade de realizar Termo de Permanência no prazo máximo de 30 dias a contar da assinatura deste documento nos moldes do art. 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279 da ANS?

Assinatura do beneficiário: _____

CARIMBO - ASSINATURA DA EMPRESA
OBRIGATÓRIO

_____/_____/_____
DATA

*** ATENÇÃO:**

Obrigatório o preenchimento de todos os campos, sob pena de não recebimento deste formulário e permanência da cobrança na fatura referente a estes beneficiários.