

CONTRATANTE			
Nome Titular			
CPF		Código Cartão	

OPÇÃO PELA INCLUSÃO OU NÃO NO PLANO DE CONTINUIDADE

1. Demitido ou Exonerado () Sim () Não () Outro, especificar: _____
Sem Justa Causa? () Sim () Não
Se demitido, informar a data da comunicação do Aviso Prévio: _____
2. Aposentado () Sim () Não
Se sim, informar a data de comunicação da Aposentadoria ___/___/___
Continuava trabalhando na empresa? () Sim () Não
Se sim, informar a data do atual desligamento da empresa ___/___/___
3. Contribuí/contribuí para o pagamento do plano? (Considera-se contribuição o pagamento de parte ou do todo da mensalidade do plano do titular. O pagamento referente ao valor dos dependentes não é considerado, por lei, contribuição para fins de ingresso no plano de continuidade), assim como a coparticipação () Sim () Não Quanto tempo? _____ a _____
4. Mediante o acima exposto, eu, na qualidade de beneficiário titular, considero-me plenamente esclarecido, inclusive quanto a existência de tabela própria e por faixa etária do plano de continuidade, e manifesto que:
() QUERO DAR CONTINUIDADE AO PLANO DE SAÚDE, junto com os dependentes abaixo identificados, assumindo o pagamento integral da mensalidade do plano.
() NÃO quero dar continuidade ao plano de saúde.

NOMEAR SOMENTE OS DEPENDENTES QUE PERMANECERÃO NO PLANO DE CONTINUIDADE (NOME SEM ABREVIÇÕES)	
Nome do dependente	
Nome do dependente	
Nome do dependente	
Assinatura do titular: _____ Assinatura da empresa: _____ Data ___/___/___ (carimbo, assinatura e identificação legível de quem está assinando - obrigatórios)	

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E SOB A RESPONSABILIDADE DA EMPRESA QUANDO O FUNCIONÁRIO NÃO TIVER DIREITO AO PLANO DE CONTINUIDADE POR UMA OU MAIS RAZÕES ABAIXO ELENCADAS
5. Declaramos que o funcionário acima foi devidamente informado que () por <u>nunca ter contribuído</u> com a mensalidade do plano durante toda a vigência de seu contrato de trabalho com esta empresa; e/ou () por ter <u>pedido demissão/exoneração</u> ; ou () por ter sido demitido/exonerado <u>por justa causa</u> . NÃO tem direito ao plano de continuidade, nos termos da Lei 9.656/98 e RN 279, e por isso não pode exercer a opção pela continuidade no plano. Assinatura da empresa: _____ Data ___/___/___ (carimbo, assinatura e identificação legível de quem está assinando - obrigatórios)

Para formalizar a inclusão do funcionário ao plano de continuidade, o mesmo deverá enviar um email para cadastro3@promedbrasil.com.br em 30 dias, contados do primeiro dia do aviso prévio ou da comunicação da aposentadoria, anexando os seguintes documentos scaneados:

SE DEMITIDO: esta ficha devidamente preenchida e assinada, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Termo de Rescisão Contratual, primeiro e os três últimos demonstrativos de pagamento, CPF e RG (para titular e menores de 18 anos), certidão de casamento (quando casador for), certidão de nascimento (para dependentes menores de 18 anos) e comprovante de residência.

SE APOSENTADO: esta ficha devidamente preenchida e assinada, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Termo de Rescisão Contratual, primeiro e os três últimos demonstrativos de pagamento, concessão da aposentadoria, CPF e RG (para titular e dependentes maiores de 18 anos), certidão de casamento (quando casado for), certidão de nascimento (para dependentes menores de 18 anos) e, comprovante de residência.