

## Formulário de Exclusão ou Extensão do Seguro Saúde Empresarial

Saúde

NOTA: 145

CNPJ: 04.439.627/0001-02

- ☒ Exclusão de titular  
☐ Exclusão de dependente  
☐ Demitido Sem Justa Causa/Exonerado  
☐ Aposentado  
☐ Exclusão de coestipulante

Allianz

Nome da Empresa\*

CLIPPER TRANSPORTES INTERNACIONAIS LTDA

Nº da Apólice\*

Nome da Corretora\*

## DADOS DO SOLICITANTE

Nome do Titular\*

FELIPE TADEU VALERIANO

C.P.F.\*

341 182 498 04

Nome da Mãe\*

SANDRA MARIA DA SILVA

Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS)\*

898001480119905

Data da Admissão na Empresa

Data de Desligamento da Empresa

Registro Funcional

Nº Cartão Allianz Saúde\*

27 / 08 / 2018

1056140630006101

## EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

| Item | Nomes dos usuários* | CPF (caso tenha)* | Nº Cartão Allianz Saúde* | Data de exclusão* |
|------|---------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| 01   |                     |                   |                          |                   |
| 02   |                     |                   |                          |                   |
| 03   |                     |                   |                          |                   |
| 04   |                     |                   |                          |                   |
| 05   |                     |                   |                          |                   |
| 06   |                     |                   |                          |                   |
| 07   |                     |                   |                          |                   |

(1) Para exclusão de dependente, preencha os campos obrigatórios(\*), informe o fim de vigência e assine (Não é necessário preenchimento dos demais campos deste formulário).

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

O segurado titular contribuiu para o pagamento do prêmio<sup>2</sup> durante a vigência do contrato de trabalho com a empresa contratante do seguro saúde:☒ Sim ☐ Não

Caso a resposta seja não, informe o fim de vigência no campo abaixo e assine o formulário (Não é necessário preenchimento dos demais campos deste formulário).

/ /

(2) Entende-se por contribuição qualquer valor pago pelo segurado titular, inclusive desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade do prêmio de seu seguro saúde coletivo empresarial, excetuados os valores relativos à manutenção de dependentes e agregados na apólice e/ou à coparticipação ou franquia, pagos única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica (Vide: artigo 2º, 6º e seguintes da RN/ANS nº 2/9/11).

## DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO BENEFÍCIO

A opção pela manutenção ou não no seguro saúde deve ocorrer em até 30 (trinta) dias, contados da assinatura deste formulário. Ciente desta condição, o titular declara que:

☐ Tem interesse.☒ Não tem interesse.☐ Cancelamento por opção do segurado, ciente da perda de direitos conforme artigo 15º da RN/ANS nº 412.☐ Coestipulante.☐ Pedido de demissão.

Caso o segurado não tenha interesse pela manutenção do seguro saúde, solicite o cancelamento por opção própria, seja um coestipulante ou tenha pedido demissão, informe o fim de vigência e assine o formulário (Não é necessário preenchimento dos demais campos deste formulário).

21 / 01 / 2019

## DETALHES DA EXTENSÃO

Data de comunicação do direito garantido pelos artigos 30 e 31 da lei nº 9656/1998 e normativas vigentes.

Período de contribuição

/ /

De / / A / /

Data inicial de vigência da extensão

Data final de vigência da extensão

/ /

/ /

O ex-empregado permaneceu na mesma empresa após a aposentadoria, contribuindo para o plano de saúde?

☐ Sim ☐ Não**Observação:** O período de extensão será validado pela Allianz Saúde após a apresentação de toda a documentação comprobatória das contribuições, podendo ser alterado após análise dos documentos.

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

(DDD) Telefone

(DDD) telefone

☐ Desejo receber minha fatura por e-mail

E-mail:



**INCLUSÃO DE DEPENDENTES**

☐ Sim (relacionar abaixo) ☐ Não

**DEPENDENTES**

**Parentesco:** (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Dependentes Especiais **Sexo:** (M) Masculino (F) Feminino **Estado Civil:** (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado

| Item | Nomes dos usuários | Grau de parentesco | Data de nascimento | Sexo | Estado civil | Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS) | Nome da mãe | CPF (caso maiores) |
|------|--------------------|--------------------|--------------------|------|--------------|-----------------------------------|-------------|--------------------|
| 01   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |
| 02   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |
| 03   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |
| 04   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |
| 05   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |
| 06   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |
| 07   |                    |                    |                    |      |              |                                   |             |                    |

**DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO TITULAR – CAMPOS OBRIGATÓRIOS PARA PAGAMENTO DE REEMBOLSO**

**Atenção:** Verifique com precisão os dados da conta para depósito. Conforme **Circular do BCB nº 3.710/2014, a partir de 21/07/2014**, passa a ser obrigatória a informação do CPF do favorecido. Antes da efetivação do crédito ocorrerá a confirmação do CPF com a conta-corrente. Havendo divergências, o crédito será recusado. **A Allianz Saúde S.A. não se responsabiliza pela não efetivação do crédito em virtude de dados incorretos informados pelos segurados.**

O crédito ocorrerá conforme informações bancárias do titular cadastradas em nosso sistema.

Para alteração dos dados bancários solicite o reembolso em nosso site [www.allianz.com.br/saude](http://www.allianz.com.br/saude) ou preencha os campos abaixo em letras legíveis.

CPF do Segurado Titular: \_\_\_\_\_

Nº do Banco: \_\_\_\_\_ Nº da agência: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Nº da conta-corrente: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

**Importante:** Em caso de inconsistências nos dados bancários o reembolso estará sujeito a atrasos. Caso os dados corretos não sejam informados em até 5 (cinco) dias úteis, a contar da data do recebimento da documentação na Allianz.

**OBSERVAÇÕES**

De acordo com a Lei 9.656 de 1998 e normativas vigentes, estou ciente que:

1. A minha permanência no seguro saúde será equivalente a 1/3 (um terço) do período de contribuição junto à empresa ex-empregadora garantindo o mínimo de 06 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses, em caso de demissão sem justa causa ou exoneração; e/ou equivalente à quantidade de anos de contribuição junto à empresa, em caso de aposentadoria. Caso o empregado aposentado tenha contribuído junto à empresa por prazo superior a 10 (dez) anos, o prazo de permanência no seguro saúde será indeterminado.
2. O(s) cartão(ões) de identificação utilizado(s) por mim e por meu(s) dependente(s) durante o período em que fui empregado deverá(ão) ser por mim devolvido(s) ao ex-empregador para que a seguradora possa emitir novos cartões com validade compatível ao período de manutenção do seguro saúde.
3. Para usufruir do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998 e resoluções normativas vigentes, devem ser protocolados em urnas das filiais Allianz Saúde, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da comunicação formal quanto ao benefício de extensão: este formulário ("Formulário de Exclusão ou Extensão do Seguro Saúde Empresarial") devidamente preenchido, juntamente com a cópia dos documentos solicitados, bem como cópia do comunicado ao ex-empregado sobre direito de permanência.
4. O seguro será mantido no mesmo padrão de seguro (plano) em que se encontrava o segurado titular quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.
5. A manutenção do seguro saúde é assegurada a todo grupo de dependentes inscritos e ativos no seguro saúde na data do desligamento do titular. Caso opte por não inscrevê-los neste ato, fica esclarecido que a inclusão durante a vigência do seguro na condição de inativo se sujeita a aplicação das carências previstas em contrato.
6. Por força da Resolução Normativa nº 279/2011, a partir do início de vigência do plano na condição de inativo, a fatura mensal considerará a soma do prêmio mensal individual do titular e dependentes (se houver), sendo permitido ao ex-empregador subsidiar o plano ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento.
7. A manutenção do seguro pelo prazo assegurado na lei está condicionado ao pagamento da mensalidade nas datas de vencimento pelo próprio segurado titular.
8. Em caso de não recebimento do boleto bancário, não estou isento do pagamento do mesmo, devendo entrar em contato imediatamente com os canais de atendimento da Allianz Saúde, a fim de receber instruções para o pagamento.
9. Estou ciente que meu direito ao art. 30 e 31 da referida lei, extinguir-se-á nas seguintes situações:
  - a) Minha admissão em novo emprego que me possibilite o ingresso em plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão. Neste caso, estou ciente que é de minha inteira responsabilidade comunicar à seguradora sobre a minha admissão em novo emprego, assim como solicitar a minha exclusão e de meus dependentes deste plano de seguro saúde e reter o meu cartão de identificação e de meus dependentes para inutilização pela seguradora.
  - b) O término do período que me é de direito, respeitando o disposto no parágrafo primeiro dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998 e RN 279/2011.
  - c) Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, com o consequente cancelamento definitivo do seguro.
10. Na hipótese de cancelamento do contrato de seguro saúde da empresa (ex-empregadora) com a Allianz Saúde, o meu seguro será cancelado automaticamente, independente do aviso prévio por parte da seguradora. Além disso, esclarece a Allianz Saúde que não comercializa seguro individual e/ou familiar, ficando impossibilitada a manutenção de segurados nessas condições.
11. Todas as alterações e reajustes efetuados na apólice dos segurados ativos (apólice da ex-empregadora) são automática e simultaneamente estendidas ao contrato dos inativos, na qual estou inserido, independente de prévia notificação.
12. Em caso de falecimento do titular, é assegurado o direito de manutenção aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998 e normativas vigentes.


**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

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, estando ciente de que perderei o direito ao benefício e poderei ser acionado judicialmente.

Declaro também que tenho conhecimento dos direitos assegurados pelos artigos 30 e 31 na lei nº 9656/1998 e resoluções normativas vigentes. O texto na íntegra pode ser visualizado no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

SÃO PAULO, 21/01/2019

Local e data de preenchimento

  
**Clipper Transportes Internacionais Ltda.**  
 Assinatura do representante da empresa  
 CNPJ: 54.974.027/0001-04

Assinatura do segurado

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PLANO DE CONTINUIDADE**

- Cópia dos 03 (três) últimos holerites;
- Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho ou termo de concessão de aposentadoria emitido pelo INSS;
- Cópia do comunicado de aviso prévio em caso de rescisão sem assinatura ou sem homologação;
- Cópia dos documentos que comprovem a condição de dependente para os casos de novas inclusões ou aquelas decorrentes de ordem judicial;
- Declaração de Tempo de Contribuição, caso o segurado tenha contribuído para outra operadora além da Allianz Saúde;
- Cópia do comprovante de endereço;
- Cópia da carteira de trabalho; páginas relativas à identificação do empregado - foto/assinatura e qualificações do empregado; contrato de trabalho com data de admissão e data de saída com a assinatura do empregador.

**ATENÇÃO:** Prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, a contar da data da comunicação formal do RH ao ex-empregado/aposentado, para opção pela extensão do seguro saúde.

**Não será processada a exclusão ou extensão caso o formulário não esteja assinado pelo RH, segurado e sem carimbo.**

À

ALLIANZ SAÚDE

Eu Felipe Tadeu Valeriano, CPF: 341.182.498-04, RG: 42.302.198-9, ANALISTA de DESEMPENHO NA CLIPPER CARGO LTDA, venho ATRAVÉS desta Requerer o CANCELAMENTO IMEDIATO do meu plano de saúde junto à esta Empresa.

A partir de hoje fica REGISTRADO que o plano está CANCELADO e nenhuma cobrança nova poderá ser REALIZADA.

São Paulo, 18 de Janeiro, 2019

Felipe T. Valeriano