**DECLARAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO DO COMUNICADO DA OPÇÃO PELA
MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SAÚDE NOS
TERMOS DA RN/279/11**

1) O(a) beneficiário(a) foi excluído(a) por demissão ou exoneração sem justa causa?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

2) O(a) beneficiário(a) foi excluído(a) pelo fato de ter se aposentado?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

3) O(a) Beneficiário(a) demitido(a) ou exonerado(a) sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, é o caso de empregado(a) aposentado(a) que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** após a aposentadoria?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

4) O(a) beneficiário(a) contribui ou já contribuiu para o pagamento do atual plano privado de assistência à saúde ou plano antecessor ainda que em outra Operadora de Plano de Saúde?

SIM ()	NÃO ()
----------------	----------------

5) Por quanto tempo o(a) beneficiário(a) contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, considerando inclusive planos sucessores? (caso o plano antecessor seja em outra Operadora de Plano de Saúde, excluir o tempo de contribuição a plano anterior à Lei 9.656/98 não adaptado).

_____.

6) O(a) ex-empregado(a) optou pela sua manutenção como beneficiário no plano de privado de saúde ou se recusou a manter esta condição?

OPTOU ()	RECUSOU ()
------------------	--------------------

DECLARO sob as penas da lei que, o(a) Sr.(a) _____, matrícula, vinculado(a) ao plano _____, produto registrado na ANS sob o nº _____, ex-empregado(a) da empresa _____, foi comunicado(a) da opção de manutenção da condição de beneficiário do plano de saúde, nos termos que estabelece o artigo 10 da RN 279/11, conforme documento anexo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do representante legal da Pessoa Jurídica Contratante