

MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE APÓS O DESLIGAMENTO DO EMPREGADO

PDVP

Cemig H • Cemig D • Cemig GT



A gente cuida, a vida acontece.

EM QUE SITUAÇÃO O EX-EMPREGADO QUE ADERIU AO PDVP SE ENQUADRARÁ NOS CRITÉRIOS DA RN 279?

➤ Para o PDVP 2020, todos os empregados que se aposentaram até novembro 2019 no INSS se enquadrarão aos critérios da RN 279.

POR QUANTO TEMPO O EX-EMPREGADO PODERÁ PERMANECER NO PLANO DE SAÚDE?

O ex-empregado na categoria de autopatrocinado que contribuiu com o plano de saúde por um período mínimo de dez anos pode manter-se no plano pelo tempo que desejar. Se o período de contribuição for inferior a dez anos, cada ano de contribuição dará direito a um ano no plano de saúde.

Já o ex-empregado que após o desligamento tiver o benefício FORLUZ concedido, poderá permanecer no PSI na categoria assistido enquanto possuir vínculo com a Forluz.

O QUE FAZER APÓS O DESLIGAMENTO

A Cemig deverá informá-lo sobre os critérios da RN 279 no momento da comunicação do seu desligamento.

O empregado que se enquadrar nos critérios da RN 279 deverá preencher dois formulários – Termo de Opção e Declaração de Comprovação – que serão entregues pela Cemig. Caso os formulários não sejam entregues, o empregado deverá entrar em contato com a o RH da Cemig e solicitar os formulários.

PREENCHENDO OS FORMULÁRIOS



TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – ART.30 E 31 DA LEI Nº 9.656/98

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, reside domiciliado(a) em _____ nº _____ compl. _____ bairro _____ cidade _____ estado _____ cep _____ telefone ne _____ e-mail _____, beneficiário(a) do PROSAÚDE INTEGRADO DA CEMIG, registrado na ANS sob o nº 443.959/03-7, declaro, de livre e espontânea vontade:

Ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, acompanhado dos dependentes já inscritos, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Não ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, sendo processado a minha exclusão e todo o grupo familiar a mim vinculado, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Estar ciente da possibilidade de manutenção da condição de beneficiário, mas optar por expressar a escolha pela permanência mediante requerimento formal dirigido à CEMIG SAÚDE, no prazo regulamentar de 60 (sessenta) dias, estando ciente de que a ausência de manifestação, neste prazo, implicará na minha exclusão do Plano de Saúde e todo o grupo familiar a mim vinculado. **(Somente para os casos em que o empregado foi exonerado ou demitido sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS)**

Declaro, que no caso de escolher a opção de me manter no Plano de Saúde imediatamente após a perda de vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora, ficarei na condição de Autopatrocinado, assim sendo, assumirei as responsabilidades financeiras que me couberem, na forma disposta no Regulamento do Plano e na Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e que estou ciente das regras de inadimplência e de suspensão e cancelamento do benefício.

Declaro que no caso de vir a me manter no Plano de Saúde na condição em que tenho que me expressar formalmente à Cemig Saúde, minha continuidade no plano em até 60 (sessenta) dias, estou ciente que, caso a concessão do benefício da Forluz não seja liberada no prazo de 60 (sessenta) dias e que também não ocorra minha manifestação pela permanência na condição de autopatrocinado, mediante requerimento formal dirigido à Cemig Saúde, implicará na minha exclusão do Plano de Saúde e todo o grupo familiar a mim vinculado. Declaro estar ciente que, para o ex-empregado, a condição de autopatrocinado deixará de existir quando da minha admissão em novo emprego, ficando sob a minha responsabilidade comunicar o fato à Cemig Saúde, conforme disposto no artigo 30 da Lei 9656/98, bem como em aderência à previsão do Regulamento do PSI, artigo 24, §6º.

Declaro, por fim, que estou ciente que devo apresentar a carta de Concessão de Benefício do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) à Cemig Saúde, conforme previsto no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig Saúde – PSI, Ato Normativo nº 31, para fins de cálculo das contribuições do plano de saúde PSI e, caso não ocorra o envio, o cálculo das contribuições será de acordo com o teto máximo do INSS.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário: _____

Matrícula: _____

RN
279

O “Termo de opção de manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial Art. 30 e 31 da LEI Nº 9.656/98” deve ser preenchido pelo beneficiário, que deverá optar por uma das três opções abaixo detalhadas.



Ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, acompanhado dos dependentes já inscritos, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Ao marcar esta opção, o beneficiário passará para a categoria de autopatrocinado imediatamente após a perda do vínculo empregatício, caso não tenha concessão do benefício Forluz. Nesta categoria, as contribuições serão custeadas integralmente pelo beneficiário.



Não ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no Plano de Saúde em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a empregadora patrocinadora do referido Plano, em decorrência da minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Ao marcar esta opção, o beneficiário será excluído do plano de saúde na data de assinatura do termo de desligamento da Patrocinadora.



Estar ciente da possibilidade de manutenção da condição de beneficiário, mas optar por expressar a escolha pela permanência mediante requerimento formal dirigido à Cemig Saúde, no prazo regulamentar de 60 (sessenta) dias, estando ciente de que a ausência de manifestação, neste prazo, implicará na minha exclusão do Plano de Saúde e todo o grupo familiar a mim vinculado. **(Somente para os casos em que o empregado foi demitido ou exonerado sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS)**

Ao marcar esta opção, o beneficiário permanecerá no plano de saúde por até 60 dias a contar da data do desligamento, para decidir se deseja permanecer no plano. Antes do fim desse período, ele deverá formalizar sua decisão por meio de formulário próprio da Operadora, caso contrário, será excluído ao final dos 60 dias.



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) empregado (a) foi desligado da empresa (a) por qual motivo?

Desligamento por Incentivo () Sem justa causa ou exonerado ()
A pedido do empregado () Por Justa Causa ()

2) O (a) empregado (a) está aposentado (a) pela Previdência Social - INSS?

Sim () Não ()

3) Trata-se 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 9.658/98 não adaptado).

_____.

6) O(a) ex-empregado(a) optou pela sua manutenção como beneficiário no plano de privado de saúde no momento do recebimento do Termo de Opção?

() Optou.

() Não optou.

() FORMALIZARÁ SUA OPÇÃO, MEDIANTE REQUERIMENTO FORMAL DIRIGIDO À CEMIG SAÚDE, NO PRAZO REGULAMENTAR DE 60 (SESSENTA) DIAS, ESTANDO CIENTE DE QUE A AUSÊNCIA DE MANIFESTAÇÃO, NESTE PRAZO, IMPLICARÁ NA SUA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE E DE TODO O GRUPO FAMILIAR A MIM VINCULADO. (Somente para os casos em que o empregado foi exonerado ou demitido sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS).

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

Beneficiário declara estar ciente do informado:

Assinatura do ex-empregado

Para informações detalhadas quanto ao Plano de Saúde, a Cemig Saúde poderá ser acionada através do telefone 0800-030-9009.

A “Declaração para comprovação do comunicado da opção pela manutenção da condição de beneficiário no plano de saúde nos termos da RN/279/11” deve ser preenchida integralmente pelo ex-empregado. Abaixo orientações detalhadas para apoiar o preenchimento.

1) O(a) empregado(a) foi desligado da empresa(a) por qual motivo?



Desligamento por incentivo ()

Sem justa causa ou exonerado ()

A pedido do empregado ()

Por justa causa ()

Informe o motivo do desligamento.

2) O(a) empregado(a) está aposentado(a) pela Previdência Social – INSS?



Sim () Não ()

Se sim, o beneficiário irá se enquadrar nos critérios da RN 279. Salvo demissão por justa causa.

3) Trata-se de empregado(a) aposentado(a) que continuou trabalhando na CONTRA-TANTE após a aposentadoria?



Sim () Não ()

Se sim, o beneficiário que aposentou após novembro de 2019 não irá se enquadrar nos critérios conforme regra do PDVP.



4) O(a) beneficiário(a) contribuiu 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 ()

Como o modelo do plano administrado pela Cemig Saúde é co-participativo, a resposta será Sim para todos os beneficiários.



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).

O beneficiário deverá informar por quanto tempo contribuiu para o pagamento dos planos de saúde em que já esteve inscrito.

6) O(a) ex-empregado(a) optou pela sua manutenção como beneficiário no plano privado de saúde no momento do recebimento do Termo de Opção?



() Optou.

() Não optou.

() Formalizará sua opção, mediante requerimento formal dirigido à Cemig Saúde, no prazo regulamentar de 60 (sessenta) dias, estando ciente de que a ausência de manifestação, neste prazo, implicará na sua exclusão do plano de saúde e de todo o grupo familiar a mim vinculado. (Somente para os casos em que o empregado foi demitido ou exonerado sem justa causa ou estiver aposentado pelo INSS).

Essa pergunta deverá ser respondida de acordo com a opção escolhida no primeiro formulário.

FORMALIZANDO A OPÇÃO DE PERMANECER NO PLANO

O empregado que optar pelo prazo de 60 dias para manifestar sua escolha de permanecer ou não no plano de saúde, e não tiver o benefício Forluz concedido até o término desse período, deverá preencher e assinar o formulário de inclusão de autopatrocinado disponível no portal www.cemigsaude.org.br e enviar por meio do nosso canal de comunicação Fale Conosco, disponível no portal da Cemig Saúde. Imediatamente após a entrega do formulário, as contribuições passarão a ser custeadas integralmente pelo empregado.

MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EMPREGADOS QUE NÃO SE ENQUADRAM NA RN 279

O empregado que aderiu ao PDVP 2020 e não enquadrar na RN 279, poderá permanecer no PSI como autopatrocinado desde que formalize por meio de formulário próprio para a Cemig Saúde.

Importante!



Para formalizar a opção de retornar ao plano, o beneficiário deverá preencher o formulário de inclusão de autopatrocinado, que deverá ser encaminhado para Cemig Saúde no momento do desligamento. Caso o formulário não seja entregue, o beneficiário deverá procurar a Cemig Saúde imediatamente.



Em qual situação o empregado será excluído do plano?

Caso não manifeste o interesse em permanecer no plano.

**RN
279**



Qual o prazo para retorno ao plano, caso ocorra exclusão?

Caso tenha interesse em retornar ao plano na condição de autopatrocinado, poderá fazê-lo dentro do prazo de até 60 dias após ter se desligado da Cemig. Esse direito é garantido pelo Artigo 24 do regulamento do PSI.

Caso tenha benefício concedido, poderá retornar ao PSI como assistido, enquanto tiver vínculo com a patrocinadora. O retorno poderá ser na categoria de assistido caso tenha o benefício Forluz concedido ou na categoria autopatrocinado caso não tenha benefício.



SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE AUTOPATROCINADO
PROSAÚDE INTEGRADO - PSI

1/3

Nome do titular ou pensionista:		Matrícula:
Endereço:	Nº:	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Estado:	Cidade:	Telefone: ()
E-mail:	Celular: ()	
Banco:	Agência Bancária:	Conta Corrente:

Comunicamos que os dados acima informados serão utilizados para atualizar nossa base cadastral.

Solicito a minha inclusão no PSI como Participante Autopatrocinado, bem como a inclusão dos meus dependentes abaixo relacionados. Autorizo a CEMIG SAÚDE a efetuar a cobrança de contribuições e coparticipações de acordo com os valores da tabela e através de boleto bancário ou outra forma que substituir este critério de cobrança. Declaro ter pleno conhecimento dos critérios para permanência nesta categoria constantes do Regulamento do PSI.

É obrigação do participante manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto a CEMIG SAÚDE.

ATENÇÃO: Os dependentes anteriormente inscritos, porém que nesta data de opção não forem relacionados no campo abaixo – serão automaticamente excluídos.

01	Nome:	Parentesco:	Data de nascimento:	
	E-mail:	CPF:	Celular:	
02	Nome:	Parentesco:	Data de nascimento:	
	E-mail:	CPF:	Celular:	
03	Nome:	Parentesco:	Data de nascimento:	
	E-mail:	CPF:	Celular:	
04	Nome:	Parentesco:	Data de nascimento:	
	E-mail:	CPF:	Celular:	

Assinatura do titular ou responsável legal:

Protocolo Cemig Saúde:

ANS - Nº 41750-5

RN
279

NOSSOS CANAIS DE RELACIONAMENTO



0800 030 9009



(31) 3429-5200 (ligações originadas de celular)



Fale conosco em: www.cemigsaude.org.br



Chat Cemig Saúde

**RN
279**

REALIZAÇÃO

Assessoria de Comunicação da Cemig Saúde
Edição e redação: Patrícia Ferreira (MG0019157JP)

Av. Barbacena, 472 • 5º andar • Barro Preto • CEP: 30190-130 • Belo Horizonte • MG
Tel: 0800 0309009 • (31) 3429-5200 (para ligações originadas de telefone celular)
Portal institucional: www.cemigsaude.org.br



A gente cuida, a vida acontece.