

TERMO DE COMPROMISSO

PERMANÊNCIA: SOBERJ – ASSISTÊNCIA MÉDICA

Associado

Matrícula

Identidade

Órgão Expedidor

CPF

Tel Residencial com DDD

Celular com DDD

E-mail

Tendo sido desligado da Entidade em de conformidade com o que estabelecem as Resoluções n. 83/1997 e 90/2003, do Conselho Diretor da SOBERJ, DECLARA:

Estar ciente que o empregado que pedir demissão, for demitido por justa causa ou tiver finalizado o seu contrato de trabalho por prazo determinado, não poderá permanecer no Plano de Assistência Médica e nem como associado à SOBERJ.

Não desejar permanecer associado da SOBERJ, comprometendo-se a inutilizar as carteiras do Plano de Assistência Médica e de associado da SOBERJ, ficando responsável pelo pagamento de qualquer uso indevido.

Desejar permanecer associado da SOBERJ, assumindo o compromisso de efetuar o pagamento do valor da CONTRIBUIÇÃO SOCIAL via boleto bancário recebido através dos meios eletrônicos.

Desejar permanecer com cobertura do Plano de Assistência Médica e associado da SOBERJ, assumindo o compromisso de efetuar mensalmente o pagamento do valor da ASSISTÊNCIA MÉDICA e CONTRIBUIÇÃO SOCIAL via boleto bancário recebido através dos meios eletrônicos, respeitando o cumprimento das seguintes condições:

Desligado com Aposentadoria ou Concessão Especial:

- Apresentar os documentos comprobatórios.

Desligado sem Aposentadoria:

- Concorde que poderá se manter no plano por 1/3 do tempo que contribuiu para ele quando ainda era empregado, sendo assegurado o período mínimo de 6 meses e limitado ao máximo de 24 meses. (Conforme ANS - Lei 9656/98 - Art.30, que foi regulamentado pela RN 279/2011 da própria ANS);
- **O não pagamento poderá implicar no cancelamento IMEDIATO do plano de ASSISTÊNCIA MÉDICA e de associado da SOBERJ.**

DADOS RESIDENCIAIS

Endereço

Complemento

Bairro

CEP

Município

Estado

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÕES

Desejo solicitar a alteração de Padrão do meu plano de Assistência Médica – Golden Care V (Quarto Coletivo), Essencial (Quarto Particular) ou Especial (Quarto Particular):

De:

Para:

Desejo excluir o(s) dependente(s)/agregado(s) do meu plano de Assistência médica listado(s) abaixo:

Rio de Janeiro,

de

de 20__

Assinatura do associado

Obs.: Preencher no caso de não optar no momento da comunicação do desligamento e encaminhar à SOBERJ.

Declaro estar ciente a cerca das informações do plano de Assistência Médica / SOBERJ e ter recebido o formulário que deverá ser preenchido e entregue à SOBERJ em até 30 dias corridos a partir do ato da comunicação do desligamento. Não havendo comunicação no prazo estabelecido haverá o cancelamento imediato do plano de ASSISTÊNCIA MÉDICA e da SOBERJ.

Rio de Janeiro,

de

de 20__

Assinatura do associado