

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 ou se desligar por acordo comum entre empregado e empregador (exceto colaborador já aposentado), for demitido por justa causa, tiver finalizado o seu contrato de trabalho por prazo determinado, não poderá permanecer no plano de Assistência Médica/Odontológica e nem como associado da SOBERJ.

Não desejar permanecer associado da SOBERJ, ciente que será excluído do quadro de serviços oferecidos, ficando responsável pelo pagamento de qualquer uso indevido.

Desejar permanecer associado da SOBERJ, com os benefícios abaixo sinalizados:

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Assumo o compromisso de efetuar mensalmente os pagamentos dos valores da CONTRIBUIÇÃO SOCIAL e dos BENEFÍCIOS escolhidos, via boleto bancário recebido através de meios eletrônicos, respeitando o cumprimento das seguintes condições:

Desligado com Aposentadoria:

- Apresentar os documentos comprobatórios.
- Conforme ANS - Lei 9656/98 - Art.30, que foi regulamentado pela RN 488/2022 da própria ANS;

Desligado sem Aposentadoria:

- Concordar 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 488/2022 da própria ANS);
- **O não pagamento poderá implicar no cancelamento IMEDIATO do plano de ASSISTÊNCIA MÉDICA/ODONTOLÓGICA e de associado da SOBERJ.**

DADOS RESIDENCIAIS

Endereço

Complemento

Bairro

CEP

Município

Estado

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA ASSISTÊNCIA MÉDICA

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:

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Desejo solicitar a alteração de Padrão do meu plano de Assistência Odontológica – Goldental 4, Goldental 6, Goldental 8, Goldental 10:

De: Para:

Desejo excluir o(s) dependente(s)/agregado(s) do meu plano de Assistência odontológica 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 acerca das informações do plano de Assistência Médica/Odontológica / 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/ODONTOLÓGICA e da SOBERJ.

Rio de Janeiro,

de

de 20__

Assinatura do associado