

## ANEXO DO TERMO ADITIVO

### I - DESLIGADO E/OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA CONTRIBUTÁRIOS

#### a) DECLARAÇÃO EXPRESSA DE ACEITE DE CONTRIBUTÁRIO DESLIGADO E/OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA

Pela presente, declaramos, em cumprimento à Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que ao Sr. \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **desligado e/ou exonerado sem justa causa** em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, contributário no percentual de \_\_\_\_% desde \_\_\_\_\_, foi **OFERECIDO e ACEITO** o direito de manter sua condição de beneficiário, no mesmo plano contratado por esta empresa para seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que: (i) assumo o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária; (ii) o contrato celebrado entre Golden Cross e esta empresa CONTRATANTE esteja em vigor; e (iii) opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação desta empresa CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Desta forma, solicitamos a manutenção do citado BENEFICIÁRIO INATIVO, a partir de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, conforme previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e art.16 da Resolução Normativa – RN nº 279/11, sendo certo que o mesmo tem ciência de que a cobrança da sua mensalidade se dará através de boleto bancário, o qual será enviado, pela Golden Cross, para o endereço informado abaixo:

O endereço para cobrança do ex-funcionário é:

Rua/Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_,  
Tel 1 \_\_\_\_\_ Tel 2 \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_.

Por fim, declaramos que ao citado beneficiário foi esclarecido, conforme declaração do mesmo anexa, tomando o mesmo dos seus direitos e deveres ao optar pelo benefício previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e na Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS. Sendo certo que assumimos a responsabilidade por eventuais penalidades a que a GOLDEN CROSS seja submetida, nos termos previstos em contrato, em razão de informações incorretas prestadas por esta empresa CONTRATANTE.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
EMPRESA CONTRATANTE

## ANEXO DO TERMO ADITIVO

### I - DESLIGADO E/OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA CONTRIBUTÁRIOS

#### b) DECLARAÇÃO EXPRESSA DE RECUSA DE CONTRIBUTÁRIO DESLIGADO E/OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA

Pela presente, declaramos, em cumprimento à Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que ao Sr. \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **desligado e/ou exonerado sem justa causa** em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, contributário no percentual de \_\_\_\_% desde \_\_\_\_\_, foi **OFERECIDO e RECUSADO** o direito de manter sua condição de beneficiário, no mesmo plano contratado por esta empresa para seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que: (i) assumisse o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária; (ii) o contrato celebrado entre Golden Cross e esta empresa esteja em vigor; e (iii) optasse pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação desta empresa, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Atenciosamente,

---

EMPRESA CONTRATANTE

## ANEXO DO TERMO ADITIVO

### II – APOSENTADO CONTRIBUTÁRIO

#### a) DECLARAÇÃO EXPRESSA DE ACEITE DE APOSENTADO CONTRIBUTÁRIO

Pela presente, declaramos, em cumprimento à Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que ao Sr. \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **aposentado** em \_\_/\_\_/\_\_\_\_, contributário no percentual de \_\_\_\_% desde \_\_\_\_\_, foi **OFERECIDO e ACEITO** o direito de manter sua condição de beneficiário, no mesmo plano contratado por esta empresa para seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que: (i) assumo o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária; (ii) o contrato celebrado entre Golden Cross e esta empresa CONTRATANTE esteja em vigor; e (iii) opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação desta empresa CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Desta forma, solicitamos a manutenção do citado BENEFICIÁRIO INATIVO, a partir de \_\_/\_\_/\_\_\_\_, conforme previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e art.16 da Resolução Normativa – RN nº 279/11, sendo certo que o mesmo tem ciência de que a cobrança da sua mensalidade se dará através de boleto bancário, o qual será enviado, pela Golden Cross, para o endereço informado abaixo:

O endereço para cobrança do ex-funcionário é:

Rua/Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_,  
Tel 1 \_\_\_\_\_ Tel 2 \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_.

Por fim, declaramos que ao citado beneficiário foi esclarecido, conforme declaração do mesmo anexa, tomando o mesmo dos seus direitos e deveres ao optar pelo benefício previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e na Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS. Sendo certo que assumimos a responsabilidade por eventuais penalidades a que a GOLDEN CROSS seja submetida, nos termos previstos em contrato, em razão de informações incorretas prestadas por esta empresa CONTRATANTE.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
EMPRESA CONTRATANTE

## ANEXO DO TERMO ADITIVO

### II – APOSENTADO CONTRIBUTÁRIO

#### b) DECLARAÇÃO EXPRESSA DE RECUSA DE APOSENTADO CONTRIBUTÁRIO

Pela presente, declaramos, em cumprimento à Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que ao Sr. \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **aposentado** em \_\_/\_\_/\_\_, contributário no percentual de \_\_\_\_% desde \_\_\_\_\_, foi **OFERECIDO e RECUSADO** o direito de manter sua condição de beneficiário, no mesmo plano contratado por esta empresa para seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que: (i) assumisse o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária; (ii) o contrato celebrado entre Golden Cross e esta empresa CONTRATANTE esteja em vigor; e (iii) optasse pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação desta empresa CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Atenciosamente,

---

EMPRESA CONTRATANTE

## ANEXO DO TERMO ADITIVO

### III - APOSENTADO DESLIGADO

#### a) DECLARAÇÃO EXPRESSA DE ACEITE DE APOSENTADO DESLIGADO

Pela presente, declaramos, em cumprimento à Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que ao Sr. \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **aposentado** em \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **que manteve-se trabalhando nesta empresa e foi desligado e/ou exonerado sem justa causa** em \_\_/\_\_/\_\_\_\_, contribuinte no percentual de \_\_\_\_% desde \_\_\_\_\_, foi **OFERECIDO e ACEITO** o direito de manter sua condição de beneficiário, no mesmo plano contratado por esta empresa para seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que: (i) assumo o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária; (ii) o contrato celebrado entre Golden Cross e esta empresa CONTRATANTE esteja em vigor; e (iii) opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação desta empresa CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Desta forma, solicitamos a manutenção do citado BENEFICIÁRIO INATIVO, a partir de \_\_/\_\_/\_\_\_\_, conforme previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e art.16 da Resolução Normativa – RN nº 279/11, sendo certo que o mesmo tem ciência de que a cobrança da sua mensalidade se dará através de boleto bancário, o qual será enviado, pela Golden Cross, para o endereço informado abaixo:

. O endereço para cobrança do ex-funcionário é:

Rua/Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_,  
Tel 1 \_\_\_\_\_ Tel 2 \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_.

Por fim, declaramos que ao citado beneficiário foi esclarecido, conforme declaração do mesmo anexa, tomando o mesmo dos seus direitos e deveres ao optar pelo benefício previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e na Resolução Normativa – RN nº 279 da ANS. Sendo certo que assumimos a responsabilidade por eventuais penalidades a que a GOLDEN CROSS seja submetida, nos termos previstos em contrato, em razão de informações incorretas prestadas por esta empresa CONTRATANTE.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
EMPRESA CONTRATANTE

## ANEXO DO TERMO ADITIVO

### III - APOSENTADO DESLIGADO

#### b) DECLARAÇÃO EXPRESSA DE RECUSA DE APOSENTADO DESLIGADO

Pela presente, declaramos, em cumprimento à Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que ao Sr. \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **aposentado** em \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **que manteve-se trabalhando nesta empresa e foi desligado e/ou exonerado sem justa causa** em \_\_/\_\_/\_\_\_\_, contributário no percentual de \_\_\_\_% desde \_\_\_\_\_, foi **OFERECIDO e RECUSADO** o direito de manter sua condição de beneficiário, no mesmo plano contratado por esta empresa para seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que: (i) assumo o pagamento integral da mensalidade correspondente ao seu custo por faixa etária; (ii) o contrato celebrado entre Golden Cross e esta empresa CONTRATANTE esteja em vigor; e (iii) opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação desta empresa CONTRATANTE, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

Atenciosamente,

---

EMPRESA CONTRATANTE

## DECLARAÇÃO DO APOSENTADO

Eu, \_\_\_\_\_, **APOSENTADO(A)**, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, DECLARO ter interesse em manter minha condição de beneficiário, a partir de \_\_/\_\_/\_\_\_\_, juntamente com meus dependentes, no mesmo plano de assistência à saúde contratado pela minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, para os seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Declaro ter ciência que tenho direito ao citado benefício, previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa – RN 279/11, desde que:

1) opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da minha ex-empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão do meu contrato de trabalho; E

2) o contrato celebrado entre a Golden Cross e minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, esteja em vigor; E

3) assumo o pagamento integral da mensalidade correspondente ao meu custo por faixa etária conforme endereço, Rua/Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

Tel 1 \_\_\_\_\_ Tel 2 \_\_\_\_\_ . E

4) não decorridos os prazos de manutenção do aludido benefício, abaixo informados; E

i) se contribuído por período inferior a 10 (dez) anos, será assegurado o direito de manter-se como beneficiário à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição;

ii) se contribuído por período superior a 10 (dez) anos, será assegurado o direito de manter-se como beneficiário por tempo indeterminado.

5) não admitido em novo emprego.

Declaro que ciência que tenho dever de:

1) Informar a Golden Cross caso seja admitido em novo emprego, ensejando a minha (e de meus dependentes) conseqüente exclusão plano de assistência à saúde contratado pela minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, para os seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Declaro, ainda, ter ciência que o período de manutenção da condição de beneficiário é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do meu contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas a novo cônjuge e filhos.

Declaro, por fim, ter ciência de que a rescisão do contrato de plano de saúde, quer pela Golden Cross, quer pela minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, implica no automático cancelamento do benefício de manutenção da condição de beneficiário, nas condições acima dispostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(LOCAL) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante – aposentado

De acordo:

\_\_\_\_\_  
Estipulante – ex-empresa empregadora do aposentado

## DECLARAÇÃO DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA

Eu, \_\_\_\_\_, **DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA**, inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, Matrícula Golden Cross nº \_\_\_\_\_, DECLARO ter interesse em manter minha condição de beneficiário, a partir de \_\_/\_\_/\_\_, juntamente com meus dependentes, no mesmo plano de assistência à saúde contratado pela minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, para os seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Declaro ter ciência que tenho direito ao citado benefício, previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa – RN 279/11, desde que:

- 1) opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da minha ex-empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão do meu contrato de trabalho; E
- 2) o contrato celebrado entre a Golden Cross e minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, esteja em vigor; E
- 3) assumo o pagamento integral da mensalidade correspondente ao meu custo por faixa etária conforme endereço, Rua/Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_  
Tel 1 \_\_\_\_\_ Tel 2 \_\_\_\_\_ . E
- 4) não decorrido o prazo de permanência do aludido benefício, conforme abaixo informado; E  
- assegurado o direito de permanecer como beneficiário pelo período equivalente a 1/3 (um terço) do tempo em que contribuiu, garantida a permanência mínima de 6(seis) meses e máxima de 24 (vinte e quatro) meses.
- 5) não admitido em novo emprego.

Declaro que ciência que tenho dever de:

- 1) Informar a Golden Cross caso seja admitido em novo emprego, ensejando a minha (e de meus dependentes) conseqüente exclusão plano de assistência à saúde contratado pela minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, para os seus funcionários ativos e com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Declaro, ainda, ter ciência que o período de manutenção da condição de beneficiário é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do meu contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas a novo cônjuge e filhos.

Declaro, por fim, ter ciência de que a rescisão do contrato de plano de saúde , quer pela Golden Cross, quer pela minha ex-empresa empregadora, a empresa \_\_\_\_\_, implica no automático cancelamento do benefício de manutenção da condição de beneficiário, nas condições acima dispostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(LOCAL) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante – demitido ou exonerado sem justa causa

De acordo:

\_\_\_\_\_  
Estipulante – ex-empresa empregadora do demitido ou exonerado sem justa causa