

TERMO DE CIÊNCIA E OPÇÃO DO DIREITO DE CONTINUIDADE NO PLANO DE SAÚDE - RN 279/2011

| | |
|------------------------------------|--|
| Beneficiário Titular: | |
| CPF: | |
| RG: | |
| Endereço Completo: | |
| Bairro: | |
| CEP: | |
| Cidade-UF: | |
| Telefone(s): | |
| E-mail: | |
| Razão Social do Empregador: | |
| CNPJ do Empregador: | |
| Data do Desligamento: | |
| Nome do Plano: | |

Participante no plano de assistência à saúde contratado pela empresa junto à IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA, com registro na ANS sob o nº 420751, **DECLARO para os devidos fins que fui devidamente comunicado(a)**, no ato do meu desligamento, do direito de permanecer na condição de beneficiário no Plano de Saúde Coletivo Empresarial, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava durante a vigência do contrato de trabalho – mesma segmentação assistencial, cobertura, rede, padrão de acomodação, área geográfica de abrangência e fator moderador – decorrente de:

- demissão ou exoneração sem justa causa
- aposentadoria
- desligamento de aposentado durante a vigência do contrato de plano de saúde, que não exerceu o direito assegurado na oportunidade da aposentadoria por ter continuado trabalhando na mesma empresa.

Declaro estar ciente de que ao optar pela continuidade do plano:

1. De acordo com a RN 279/2011, somente terei direito a permanecer no plano de saúde se tiver comprovadamente contribuído para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício; não sendo considerado para gerar o direito os valores desembolsados relacionados aos dependentes a mim vinculados, bem como à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização do plano;
2. Tenho até 30 (trinta) dias da assinatura deste Termo para optar pela continuidade no plano na condição de ex-empregado, sendo que a não manifestação expressa neste prazo implica na perda do direito da continuidade do plano de saúde.
3. O período máximo de permanência no plano na condição de ex-empregado será de:

- a. Em caso de desligamento decorrente de **DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA**: 1/3 (um terço) do tempo de contribuição para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- b. Em caso de desligamento por **APOSENTADORIA**:
 - i. Se a contribuição foi por prazo igual ou superior a 10 (dez) anos: permanência por tempo indeterminado ou enquanto vigente o contrato firmado entre a contratante (ex-empregador) e IDEAL ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA;
 - ii. Se a contribuição foi por período inferior a 10 (dez) anos: 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

DATA DE TÉRMINO DO PERÍODO DE PERMANÊNCIA NO PLANO:

4. O direito de permanecer no plano está assegurado a todos os meus dependentes participantes do plano nesta data.
5. Durante o gozo do benefício, somente poderão ser incluídos na condição de dependente novo cônjuge e filhos, e os direitos destes corresponderão àqueles a mim assegurados durante o período do benefício.
6. Em caso de meu falecimento durante o gozo do benefício, será assegurado aos meus dependentes participantes do plano na data do óbito, a continuidade da cobertura, desde que respeitadas na íntegra as condições estabelecidas em contrato tais como pagamento, preço e período do benefício restante.
7. Assumirei a responsabilidade pelo pagamento direto a IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA, através de boletos, da importância mensal obtida pela soma dos valores das mensalidades, de acordo com a quantidade de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano e a mim vinculados.
8. Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO esteja incluído, conforme contrato vigente entre as partes.
9. Os valores relativos ao fator moderador - coparticipação e/ou franquia – quando existentes, serão cobrados em conjunto com as mensalidades.
10. O pagamento das mensalidades se dará por boleto, podendo a IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA, adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprover.
11. Os pagamentos deverão ser realizados nas agências bancárias relacionadas no documento de cobrança.
12. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
13. Se eu não receber documento que possibilite realizar o pagamento da minha obrigação até dois dias antes do respectivo vencimento, deverei solicitá-lo diretamente a IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA, para que não me sujeite às consequências de juros de mora e multa, através do telefone (61) 3030-3050 ou do site www.planoidealsaude.com.br
14. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.
15. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de participação no plano na condição de ex-empregado, implicará, na suspensão total dos atendimentos e na exclusão, minha e de meus respectivos dependentes, do plano, sem qualquer possibilidade de reinclusão. Além disso, os valores devidos poderão ser cobrados de mim judicial ou extrajudicialmente, bem como haver a inscrição nos cadastros de proteção ao crédito.

16. O reajuste dos valores por mim devidos se darão anualmente, nos termos da regulamentação vigente e do contrato celebrado entre a empresa empregadora e IDEAL SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA.
17. Perderei o direito de participar do plano de saúde na qualidade de ex-empregado em razão de:
- término do período do benefício,
 - admissão em novo emprego; ou
 - cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados e ex-empregados.

Após ter tomado conhecimento de todos os direitos e deveres inerentes à permanência no plano na condição de ex-empregado e por ser a livre expressão de minha vontade, OPTO pelo:

NÃO EXERCÍCIO do direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação vigente nesta data, deixando de participar do plano de saúde coletivo empresarial decorrente de vínculo empregatício a partir desta data.

EXERCÍCIO do direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação vigente nesta data, mantendo a condição de beneficiário **minha e dos seguintes dependentes a mim vinculados nesta data**, conforme abaixo elencado:

| Nome do Dependente | CPF | Nascimento | Tipo |
|--------------------|-----|------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Brasília-DF,

Assinatura do Segurado

Assinatura da Empresa Contratante

ANEXE OS DOCUMENTOS

OS DOCUMENTOS DEVEM SER ESCANEADOS OU FOTOGRAFADOS

| PELA EMPRESA CONTRATANTE | | PELO BENEFICIÁRIO TITULAR | |
|--|--|--|--|
| TRCT - Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho | | RG e CPF do Titular e de todos os dependentes | |
| 3 (três) últimos Contracheques Comprovando A contribuição para o plano | | Comprovante de Endereço Atualizado Pode ser: Conta de água, energia ou telefone | |
| | | OBRIGATÓRIO NO CASO DE APOSENTADO: Documentação que comprove o processo de aposentadoria junto ao INSS | |