

**Opção para Continuidade do Plano de Assistência Médica para Demitidos e Aposentados para beneficiários Contribuintes - Plano Inativo**



ANS Nº 333031

Empresa:			
Código Unimed:		Titular:	
Nome da Mãe do titular:			
Endereço:			
Complemento:		Cidade:	UF:
E-mail:			
CPF:	RG:	Tel. Res.:	Celular:
Data desligamento:		Data Aposentadoria:	

**Situação do beneficiário**

Motivo da Exclusão:	Tipo de Beneficiário:
Motivo da Rescisão:	Período de contribuição:
Regime Contratação:	

**Termo de declaração**

Eu, beneficiário titular, conforme descrito acima, na qualidade de ex-funcionário(a), declaro que fui devidamente comunicado das condições para extensão do meu plano de saúde e, caso opte pelo direito que me é dado, continuarei vinculado ao contrato vigente de minha ex-empregadora, cumprindo todas as suas cláusulas e condições que estão regidas de acordo com a legislação (\*) em vigor. Portanto, de livre e espontânea vontade resolvo:  
(Assinalar com um "X" a opção escolhida):

**EXERCER** meu direito de manutenção de beneficiário e permanecer vinculado ao plano de assistência à saúde, comprometendo-me a efetuar o pagamento total das mensalidades correspondentes à TABELA DE PREÇOS constante do contrato firmado entre a UNIMED GUARULHOS e a minha ex-empregadora. A Unimed Guarulhos deverá manter no plano de inativos;

<input type="checkbox"/> Apenas o titular do contrato	<input type="checkbox"/> Todo o grupo familiar	<input type="checkbox"/> Titular + Parte do grupo familiar	<input type="checkbox"/> Grupo Familiar
---	--	--	---

Descreva:

**Valor atual pago pelo grupo familiar e pela empresa**

(A) Valor pago pela empresa	(B) Valor pago pelo Titular	(C) Valor pago pelos dependentes	(D) Valor total do grupo familiar: D= A+B+C

**Abaixo descrição de valores, a ser pago conforme tabela de inativos por faixa etária**

Valor a ser pago somente pelo titular	Valor a ser pago somente pelos dependentes	Valor a ser pago pelo grupo familiar C=A+B

**a) Estou ciente que pagarei o valor integral correspondente à tabela por faixa etária prevista em meu contrato coletivo empresarial, que me foi fornecida neste ato.**

b) declaro ter recebido do RH de minha ex-empregadora, as condições contratuais do plano de continuidade oferecido pela empresa;

c) declaro, para os devidos fins, ser verdadeiro todos os dados cadastrais do presente termo, inclusive o endereço, sob pena de configurar fraude e por consequência acarretar a minha exclusão do plano de inativos, assim como do meu grupo familiar.

**NÃO EXERCER** meu direito de manutenção de beneficiário e sair imediatamente do plano de assistência à saúde; para tanto, estou devolvendo neste instante o meu cartão de identificação da Unimed Guarulhos, bem como de todos os meus dependentes.

----- Local e data	----- Carimbo e assinatura da empresa	----- Assinatura do beneficiário
-----------------------	--	-------------------------------------

1) (\*) Artigo 30 e 31 da lei 9656/98 e resolução normativa RN Nº 488, DE 29 DE MARÇO DE 2022, a qual regulamenta o direito de manutenção de beneficiário para ex- empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para o pagamento de mensalidades para o plano de assistência à saúde.

## Termos e condições do Plano de Inativos

A EMPRESA CONTRATANTE DOS SERVIÇOS, DEVERÁ OBSERVAR OS REQUISITOS E CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI 9.656/98 E NA RN Nº 488, DE 29 DE MARÇO DE 2022 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR PARA A OFERTA DO PLANO DE INATIVOS AOS SEUS EMPREGADOS.

1. De acordo com a Lei 9.656/98 e RN Nº 488, DE 29 DE MARÇO DE 2022, declaro estar ciente que: 1 - O período de permanência do usuário no plano segue os seguintes critérios:
  - **Empregado Demitido sem justa causa** – equivalente a 1/3 (um terço) do período de contribuição efetuada durante a vigência do contrato de trabalho, observado o mínimo de 6 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
  - **Empregado Aposentado** – terá direito ao plano de inativos por prazo indeterminado, caso a contribuição durante o contrato de trabalho tenha ocorrido pelo período mínimo de 10 (dez) anos. Caso a contribuição tenha ocorrido por período inferior de 10 (dez) anos, o direito de permanência no plano de inativos será proporcional há 1 (um) ano para cada ano de contribuição;
2. O usuário deverá optar pelo Plano de Inativos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador formalizada no ato da rescisão do contrato de Trabalho. O prazo se inicia a partir da comunicação inequívoca.
3. O Plano de Inativos é em pré-pagamento e as contraprestações serão devidas independente da utilização dos serviços.
4. Não é considerada contribuição para efeito do direito ao plano de inativos os valores descontados do ex- funcionário decorrente de coparticipação ou parcela relativa exclusivamente aos seus dependentes.
5. A mensalidade do Plano de Inativos deverá observar a tabela de preços constante do contrato coletivo empresarial celebrado entre a Unimed Guarulhos e a sua ex-empregadora, sendo certo, ainda, que estará sujeita aos reajustes acamados no referido contrato.
6. Esse Termo de Opção e Compromisso tem validade enquanto a Empregadora mantiver o contrato com a Unimed Guarulhos nos termos contratuais e da legislação vigente.
7. As mensalidades do plano Unimed Guarulhos deverão ser pagas através da fatura/boleto disponibilizada no site e aplicativo da Unimed Guarulhos ou em outros canais que possam a ser disponibilizados mediante novas tecnologias que venham a surgir. A Unimed Guarulhos trabalha com a modalidade de fatura digital, que consiste na disponibilização do boleto no aplicativo do cliente, no site da Unimed Guarulhos [www.unimedguarulhos.coop.br](http://www.unimedguarulhos.coop.br), ou em qualquer outra tecnologia que venha a ser implantada acompanhando os avanços tecnológicos, em substituição ao envio de correspondência física. Vale destacar que, fica(m) a(s) CONTRATANTE(S) ciente(s) de que se não consiga(m) acesso ao boleto que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, no prazo de até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite às consequências da mora.
  - Caberá ao CONTRATANTE antes de efetuar o pagamento das faturas, certificar-se que o nome do favorecido é UNIMED DE GUARULHOS-COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e o banco de destino do pagamento, com o objetivo de evitar que o pagamento seja realizado às pessoas terceiras e alheias a essa relação contratual.
  - A CONTRATADA não se responsabiliza por pagamentos realizados sem que esse processo seja feito pelo CONTRATANTE, bem como, informa que nos casos que a CONTRATADA identifique que os dados de nome do favorecido e o banco de destino esteja diferente do informado no boleto, que a CONTRATANTE não formalize o pagamento e imediatamente entre em contato com a CONTRATADA.
8. Ocorrendo atraso no pagamento das mensalidades, será cobrada multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês, incidentes sobre o valor principal. A CONTRATADA dispõe de serviço de cobrança de débitos terceirizada, ficando a CONTRATANTE ciente que na eventualidade de ficar inadimplente poderá receber contato de cobrança de empresas terceiras. Adicional a CONTRATANTE declara ter ciência que o atraso no pagamento da mensalidade, acarretará no registro de seus nomes no SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO – SPC e na Centralização de Serviços dos Bancos S/A – SERASA, até que seja efetuada a quitação da inadimplência.
9. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, acarretará o cancelamento do plano de inativos, desde que o respectivo usuário inadimplente tenha sido notificado até o 50º dia da inadimplência.
10. A exclusão mencionada no item anterior não isentará o usuário do pagamento das mensalidades pendentes.
11. Considerando que o usuário inativo será mantido no mesmo plano que se encontrava cadastrado durante a vigência do seu contrato de trabalho, fica estabelecido que a sinistralidade da massa de inativos e sinistralidade relativa à massa de ativos serão apuradas em conjunto.
12. No caso de rescisão do contrato com a empresa empregadora com relação à massa de ativos, fica estabelecido que produzirá efeito também com relação aos inativos cadastrados, ou seja, se houver rescisão da empresa, o contrato de inativo será cancelado junto à Unimed Guarulhos.
13. No plano de inativos, a operadora manterá as mesmas condições de cobertura assistencial, da qual o então empregado gozava na vigência do contrato de trabalho. Considera-se cobertura assistencial: segmentação e cobertura do plano, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e, quando houver, fator moderador (coparticipação).
14. O titular inativo do plano de saúde poderá incluir ou não o seu grupo familiar inscrito no plano quando da rescisão do contrato de trabalho. Após a opção de inscrição de parte ou total do seu grupo familiar, o titular somente poderá inscrever novo cônjuge ou filhos.
15. O titular inativo do plano de saúde poderá excluir seu grupo familiar a qualquer tempo. Os dependentes deverão ser excluídos do plano quando, perderem a condição de elegibilidade que lhe propiciou a inscrição no plano de saúde, ou seja, quando o dependente completar a maioria prevista em contrato.

-----  
Assinatura do beneficiário

## Termos e condições do Plano de Inativos

16. No caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional lhe possibilite a inscrição em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, o titular inativo compromete-se a formalizar junto à Unimed Guarulhos, o pedido de cancelamento do plano, sob pena de responder por perdas e danos.
17. Em caso de morte do usuário titular, o seu grupo familiar inscrito poderá optar pela continuidade do plano até o término do prazo fixado.
18. O titular inativo do plano de saúde declara, ainda estar ciente das disposições da Lei número 9.656/98 e Resolução Normativa 279 da ANS.
19. A CONTRATADA disponibilizará aos beneficiários de forma virtual o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o usuário esteja regularmente inscrito. O cartão virtual tem a mesma finalidade do cartão físico, sendo aceito por todos os prestadores e cooperados da Unimed de Guarulhos.
  - Parágrafo Primeiro. Para acesso ao cartão virtual, os beneficiários deverão baixar o aplicativo disponível nas lojas Play Store ou App Store. A busca pelo aplicativo deve ser realizada conforme as orientações da Unimed Guarulhos disponíveis em seus canais de comunicação, os beneficiários deverão realizar o cadastro pessoal para uso. Para mais informações e orientação de como usar o APP, os beneficiários poderão entrar em contato com nosso Serviço de Atendimento ao cliente disponível 24hs através do número 0800-770-2500.
  - Parágrafo Segundo. Caso haja necessidade da via física do cartão individual de identificação, este deverá ser solicitado por escrito e retirado na sede da Unimed Guarulhos, podendo ser cobrada a emissão da segunda via do cartão de acordo com o valor vigente a época da solicitação.
  - Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA, com o objetivo de garantir a segurança jurídica e certificar a identidade e elegibilidade de seus beneficiários durante a vigência do contrato, utilizará sistema tecnológico para reconhecimento da identidade dos beneficiários podendo ser ele biometria facial, reconhecimento de digital ou outra tecnologia substituta a critério da CONTRATADA.
  - Parágrafo Quarto. A coleta dos dados será realizada na rede de atendimento da Unimed Guarulhos no ato da identificação do paciente\ beneficiário antes da realização do atendimento, com o objetivo de viabilizar o atendimento e assegurar a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o usuário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional de atendimento.
  - Parágrafo Quinto. Com implemento de novas tecnologias e com o objetivo de proporcionar um uso sustentável de seus recursos, a CONTRATADA passará a disponibilizar de forma eletrônica os resultados dos exames realizados em sua rede própria, ficando a critério dos beneficiários a sua impressão caso seja imprescindível o uso do documento. O beneficiário fica ciente ainda que os médicos da rede de atendimento da Unimed Guarulhos, com observância aos critérios de sigilo médico, com a anuência do beneficiário, poderão ter acesso aos resultados dos exames por meio da plataforma eletrônica padronizada pela CONTRATADA.
  - Parágrafo Sexto - Os beneficiários, para terem acesso a qualquer serviço oferecido pela Unimed Guarulhos, deverão solicitar nos canais de atendimento (atendimento presencial, APP, site e outros que vierem a compor o portfólio de canais). da Unimed Guarulhos autorização prévia para o mesmo, salvo nos casos de urgência e emergência.
- 20. Caso o titular não tenha interesse em continuar com o plano, deverá solicitar o cancelamento nos termos da RN 412 para Nº 561, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022, pelos telefones (11) 2463-8000 ou 0800 770 25 00 ou pelo site [www.unimedguarulhos.coop.br](http://www.unimedguarulhos.coop.br), ou ainda em nosso atendimento presencial no endereço na Avenida Paulo Faccini, 900 - Jardim Barbosa - Guarulhos/SP, sendo de sua responsabilidade a devolução dos cartões de identificação no plano de saúde.**
21. No atendimento junto ao prestador, o usuário inativo deverá apresentar o cartão de identificação e o documento de identidade com foto.
22. Em caso de utilização indevida, o usuário titular e dependentes estarão sujeitos às sanções civis e penais da lei, bem como ao ressarcimento de todas as despesas pagas pela Unimed Guarulhos.
- 23. Independente do disposto no item 16, o usuário inativo terá direito à portabilidade especial de carências, nos moldes descritos no art. 28 da RN 279 para RN Nº 488, DE 29 DE MARÇO DE 2022 e art. 7-C da RN 186, ambas da ANS.**
24. O usuário inativo titular declara para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, sob pena da Unimed Guarulhos tomar as medidas judiciais cabíveis. Em caso de omissão responsabiliza-se por qualquer despesa decorrente da utilização indevida, acarretando a rescisão do Plano ora contratado;
25. A ex-empregadora deverá manter em prontuário do ex-empregado, uma copia destas condições e termos, devidamente assinada pelo interessado, para eventual consulta por parte da Operadora de Planos de Saúde ou pela Agência Nacional de Saúde Complementar.
- 26. Na hipótese de não exercer o direito de continuidade do plano, o beneficiário fica ciente do direito de portabilidade das carências, conforme disposto na Resolução Normativa nº 438/18, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados da data em que assinou esse termo e optou pela não continuidade do plano, desde que atendidos todos os requisitos da referida resolução.**
27. Considerando o artigo 2º da Resolução Normativa nº 117, de 30 de novembro de 2005, na qual a Agência de Saúde Suplementar (ANS) impõe à operadora de plano privado de assistência à saúde a necessidade de manter atualizada as informações. O tratamento dos dados pessoais está pautado no art. 7, inciso II, Da LGPD, que autoriza o tratamento de dados para cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, como é o presente caso.

-----  
Local e data

-----  
Assinatura do beneficiário