



## CONDIÇÕES CONTRATUAIS PARA DEMITIDOS E APOSENTADOS:

1. No plano de inativos a operadora manterá as mesmas condições de cobertura assistencial, da qual o então empregado gozava durante a 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). Declaro, por mim e por meus dependentes, possuir completa ciência de que este Termo de Inativos nos confere o direito à assistência à saúde segundo as cláusulas constantes do contrato de plano de saúde mantido pela empresa CONTRATANTE com a OPERADORA, nos termos do artigo 30 e ou 31 da Lei 9656/98.
2. Assumo o compromisso de realizar pontualmente o pagamento do valor da mensalidade integral, devida por mim e pelos meus dependentes inscritos, via boleto bancário, enviado à minha residência, através do endereço indicado no termo de adesão, com vencimento para todo dia 10 (exceto o primeiro faturamento que poderá ter o vencimento prorrogado para 15 dias da data de emissão).
3. Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato a mensalidade será reajustada automaticamente no mês subsequente ao do aniversário, de acordo com o percentual de reajuste da tabela de preços constante no termo de adesão por mim assinado.
4. Declaro, ainda, ter conhecimento de que os valores das mensalidades serão reajustados anualmente segundo o índice previsto no contrato mantido entre a empresa CONTRATANTE e a OPERADORA, na data de seu aniversário, podendo, ainda, ocorrer reajuste por sinistralidade a qualquer tempo, de acordo com o percentual apurado de forma unificada para a totalidade da massa de inativos da OPERADORA, cujo índice estará disponível no Portal Corporativo da OPERADORA no endereço [www.unimedfesp.coop.br](http://www.unimedfesp.coop.br).
5. Afirmando ter ciência de que na hipótese de imp pontualidade no pagamento da mensalidade e da coparticipação, se houver, serão cobrados juros de mora de 1% ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% incidente sobre o valor do débito atualizado.
6. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, implicará na suspensão total dos serviços contratados e acarretará a exclusão dos usuários do plano conforme previsto nos termos do artigo 13, inciso II da Lei Federal nº 9.656/98. A exclusão mencionada não isentará o usuário do pagamento das mensalidades pendentes do período que teve direito.

7. Afirmando ter plena ciência de que o meu direito de permanência no contrato mantido pela empresa CONTRATANTE com a OPERADORA, pelo presente Termo de Inativos, vigorará pelo prazo de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista nos artigos 4º e 5º da RN 488/22, quando se tratar de artigo 30º da lei 9.656/98 (Demitidos) e ou a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, quando este contrato se referir ao artigo 31º da lei 9.656/98 (Aposentados) desde que assumo o seu pagamento integral.
8. Declaro também, ter conhecimento de que na hipótese de rescisão do contrato de plano de saúde pela empresa CONTRATANTE da qual fui empregado, findará meu direito de permanência no plano de saúde como demitido.
9. Manifesto ciência de que minha condição de beneficiário cessará para mim e para meus dependentes quando da minha admissão em novo emprego (novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão) ou quando passar a exercer outra atividade remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial, comprometendo-me a proceder tal comunicação à operadora até o dia 20 do mês em curso para não arcar com a mensalidade do mês subsequente.
10. Fico ciente de que na existência dos benefícios adicionais negociados pela CONTRATANTE, tais como, PCA - plano de continuidade assistencial, UNIAIR - transporte aero médico, Unimed Garantia Familiar e Garantia Funeral, EMD - Emergência Médica Domiciliar, AMT - Aconselhamento Médico Telefônico, denominados Saúde Plus, Unimed Vida em Grupo – VG e Acidente de Trabalho, dentre outros, não se estendem ao presente Termo de Inativos, sendo de direito apenas utilização dos Serviços Médicos e Hospitalares em rede credenciada.
11. Ter ciência de que no caso de morte do titular os dependentes já inscritos no Plano de Inativos poderão permanecer no plano pelo prazo restante, desde que assumam o pagamento das mensalidades correspondente.
12. Também tenho ciência de que só poderá haver inclusão de novo dependente em caso de recém-nascido e recém-casado (mediante documentação comprobatória).
13. Considerando os termos da RN 412/2016 da ANS, passa a vigor as regras abaixo para cancelamento do contrato o Contrato, conforme segue:



**a. Definições:**

- i. **Beneficiário:** pessoa física vinculada à operadora por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;
- ii. **Cancelamento do contrato:** rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;

**b.** Fica estabelecido que o pedido de cancelamento por iniciativa do beneficiário deverá ser realizado das seguintes formas disponibilizadas por esta UNIMED FESP:

- i. Presencialmente, na sede da **UNIMED FESP**, Rua José Getúlio, 78 – térreo, Aclimação – São Paulo – SP – CEP 01509-000, de segunda a sexta-feira das 9h às 17h;
- ii. Por meio de atendimento telefônico através do telefone 0800 772 3030; ou
- iii. Por meio do seguinte endereço eletrônico [www.unimedfesp.coop.br](http://www.unimedfesp.coop.br).

**c.** Neste ato a **UNIMED FESP** fornecerá ao beneficiário comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento, conforme segue:

- i. As solicitações realizadas de forma presencial serão comprovadas pela entrega imediato do respectivo comprovante;
- ii. As solicitações realizadas por meio de contato telefônico serão comprovadas pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário; e
- iii. As solicitações realizadas por meio de acesso à página da operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática e de protocolo ao beneficiário.

**d.** Fica estabelecido que na hipótese de cancelamento do contrato estou ciente que eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- i. no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- ii. na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 438/18, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da

- portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- iii. no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos; e
  - iv. na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.
  - v. efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento da opção para manutenção da condição de beneficiário do plano de assistência à saúde com a exclusão do beneficiário, a partir da ciência da operadora;
  - vi. que as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;
  - vii. que as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;
- e. A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a **UNIMED FESP** encaminhará, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento da opção para manutenção da condição de beneficiário no plano de assistência à saúde, para o canal indicado pelo titular por ocasião do pedido de cancelamento/exclusão.
- f. No comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário de plano de saúde individual ou familiar a **OPERADORA** informará as eventuais cobranças de serviços, conforme segue:

- i. Referente às utilizações após a data da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência/emergência;
  - ii. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde.
14. Estou ciente de que no caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecida aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, poderei optar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento do benefício, ingressar em plano individual ou familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:
  - i. a OPERADORA disponha de um plano individual ou familiar equivalente;
  - ii. o beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
  - iii. seja observado o valor da mensalidade vigente na data de adesão na comercialização de plano individual ou familiar.
15. Estou ciente de que é assegurado para os inativos, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para o plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no inciso III, do artigo 8º da RN 438/18 e suas posteriores alterações, desde que sejam atendidos os requisitos estabelecidos nas normas da ANS e que a portabilidade de carências **seja requerida no prazo de 60 (sessenta) dias** a contar da minha ciência da extinção do meu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º da RN 438/18.
16. Em caso de não recebimento do documento de cobrança da mensalidade do plano em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverei entrar em contato com a Central de Atendimento da Operadora pelo telefone 0800-7723030, a fim de receber instruções para pagamento ou gerar 2º via da cobrança no site [www.unimedfesp.coop.br](http://www.unimedfesp.coop.br).
17. Tenho ciência que será necessário encaminhar cópia da Carteira de Trabalho a cada três meses ao e-mail [cadastro.inativos@unimedfesp.coop.br](mailto:cadastro.inativos@unimedfesp.coop.br) para manutenção e continuidade do benefício.