TERMO DE CIENCIA E OFERECIMENTO DO BENEFICIO DO ARTIGO 30 DA LEI Nº 9.656/98
Plano de inativo para demitidos ou exonerados sem justa causa

O presente **termo visa dar ciência de como proceder para garantir sua permanência no plano saúde, nos termos do artigo 30 da Lei 9656/98**, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde para ex-empregados e aposentados, opção a ser garantida pela Empregadora e a Operadora do Plano aos funcionários demitidos a opção de permanência no plano, nos termos da RN 279/11, revogada para RN 488/22 (e atualizações) da ANS, observando-se o seguinte:

1) Em razão da rescisão do seu contrato de trabalho **sem justa causa**, Vossa Senhoria poderá manter-se como beneficiário do plano, **desde que tenha participado financeiramente do plano**, sendo de sua responsabilidade o pagamento das **mensalidades** via boleto bancário individual.

2) Fica o beneficiário ciente de que a partir desta comunicação começa o **prazo de até 30 dias** para a opção de manter o plano Empresarial (art. 10 da RN 279/11 da ANS), revogada para RN 488/22.

2.1- Para isso deve:

A) Procurar o departamento comercial da Unimed Rondonópolis:

1) **Pessoalmente na Avenida Frei Servácio Nº 502, sala F, Bairro Jardim Urupês, mesmo prédio do posto de coleta Santa Cruz, Rondonópolis/MT, ou em Jaciara/ MT na Rua Guaicurus, nº 817, Bairro Centro, no prazo acima mencionado.**
2) **Por telefone, 66 3439 2800 – 66 9 8115 9141, no prazo acima mencionado;**
3) **Por e-mail vendasonline@unimedrondonopolis.com.br, no prazo acima mencionado.**

Após este prazo perderá o direito ao benefício e aproveitamento de carências já cumpridas.

B) Indispensável apresentar o termo da rescisão do contrato de trabalho, o presente termo de ciência devidamente assinado pelas partes, além dos documentos pessoais, RG e CPF e um comprovante de endereço;
C) Se no momento da rescisão do contrato de trabalho houver dependentes e houver interesse que eles continuem no plano, devem ser providenciados os mesmos documentos do item acima, bem como certidão de casamento para comprovação vínculo do cônjuge.

2.2- O **período do benefício é de (1/3) um terço do tempo de contribuição** no plano (mínimo de 06 meses e máximo de 24 meses), extensivo a todo grupo familiar, **desde que inscritos no plano quando ainda trabalhava na Empresa.**

2.3- Fica ciente e de acordo o beneficiário, que o valor da mensalidade do plano de inativo será o valor integral da mensalidade previsto na tabela de valores atual.

2.4- Caso haja rescisão do contrato junto a Empresa contratante o seu plano de saúde também será rescindido. (art. 2º, parág. 9º, Resolução Normativa nº 20 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar).

3) Os valores da mensalidade do plano sofrerão os mesmos reajustes do plano em que estão inseridos os empregados ativos da Empresa Contratante, além dos reajustes por mudança de faixa etária para cada beneficiário do plano, seja ele o titular ou o dependente.

4) Após ter tomado conhecimento de todos os direitos e deveres inerentes à continuidade no plano na condição de vínculo empregatício inativo o beneficiário opta:

☐ opto pela continuidade no plano na condição de vínculo empregatício inativo, para mim e para meus dependentes a seguir relacionados:

_____

_____

_____

☐ opto pela **NÃO** continuidade no plano na condição de vínculo empregatício inativo.

5) Ciente do aproveitamento de todas as carências já cumpridas até o momento no plano.

6) Ciente do benefício, dos documentos a apresentar, do endereço da Operadora Unimed e do prazo para fazer a opção, pelo que firma o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma para que surta o seus legais e jurídicos efeitos.

Rondonópolis, de de

_____

Nome Titular:

RG/CPF:

_____

Nome representante legal da empresa contratante RG/CPF: