TERMO DE CIÊNCIA E OFERECIMENTO DE BENEFÍCIO DE PLANO DE SÁUDE
ARTIGO 31 DA LEI Nº 9.656/98
Plano de inativo para aposentados

O presente termo visa dar **ciência de como proceder para garantir sua permanência no plano saúde**, nos termos do artigo 31 da Lei 9656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde para ex-empregados aposentados, com a opção garantida pela Empregadora e a Operadora do Plano de permanência no plano, nos termos da RN(resolução normativa) nº 279/11, revogada para RN 488/22 (e atualizações) da ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar, observando-se o seguinte:

1) Em razão da rescisão sem justa causa **do contrato de trabalho por motivo de aposentadoria**, Vossa Senhoria e seus dependentes inscritos no plano no momento da rescisão poderão manter-se como beneficiários do plano, **desde que tenha participado financeiramente** durante o período em que manteve o vínculo empregatício.

2) O presente termo visa lhe dar **ciência desta opção**, para manter seu plano de saúde.

3) 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.**

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) Apresentar o **termo de concessão de aposentadoria** ou sentença judicial com transito em julgado;

D) Apresentar o termo de ciência, documentos pessoais (RG e CPF) e um comprovante de endereço;

E) Se no momento da rescisão do contrato de trabalho houver dependentes e houver interesse que eles continuem no plano, devem ser providenciados os mesmo documentos do item acima, bem como certidão de casamento para comprovação vínculo do cônjuge.

4) Assinando o presente termo o beneficiário atesta estar de acordo com a opção de manter-se como beneficiário **assumindo a responsabilidade de pagamento do plano junto à operadora de**

planos de saúde, no valor integral correspondente à(s) mensalidade(s) de todos os beneficiários (titular e dependentes vinculados).

5) Fica ciente de que havendo **rescisão do Plano de saúde pela Empresa Contratante** este BENEFÍCIO ao plano de saúde também será CANCELADO (*art. 2º, parág. 9º, Resolução Normativa nº 20 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar*).

DECLARO, após ter tomado **conhecimento de todos os direitos e deveres inerentes** à continuidade no plano na condição de vínculo empregatício inativo que:

☐ 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.

6) **Estou ciente também:**

a) Do cumprimento de **eventuais carências** que tiver a cumprir quando da participação no plano de empregados ativos;

b) Da relação dos **documentos** que preciso apresentar;

c) Do **endereço** da Operadora Unimed;

d) Do **prazo para fazer a opção** pelo benefício (até 30 dias deste comunicado).

Por expressão da verdade, firmo 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: