

TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE



Em cumprimento ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, informamos que V.Sa. terá o prazo de **30 (trinta) dias** para manifestar o direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que tenha contribuído com a mensalidade do seu plano de saúde e assume o pagamento integral das mensalidades** atendendo aos critérios da RN n. 488, de 29/03/2022.

Para manifestar o interesse em exercer o direito legal aqui disposto, de preencher e nos enviar o “Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde de Inativos” anexando comprovante de endereço para envio da cobrança das contraprestações pecuniárias do plano de saúde. Caso não haja sua manifestação no prazo acima descrito será entendido que não há interesse em continuar com o plano de saúde.

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinalar a opção de permanência no plano:

Sim Não Decisão dentro do prazo acima

Nome completo e assinatura do titular do plano

Código: _____

Assinatura do representante legal da empresa

Se for demarcado decisão dentro do prazo de 30 dias e não houver a sua manifestação para Assinatura do Termo de Manutenção será entendido que não houve o interesse na manutenção no plano de saúde.

Observação: Esta comunicação deverá ser feita em duas vias, com a assinatura do ex-empregado, devendo ser enviado uma via para a Unimed. A comunicação deve ser feita pela contratante na data da assinatura do aviso prévio.

PORTABILIDADE DO PLANO DE SAÚDE



Ressaltamos que é assegurado ao titular do plano e seus dependentes durante o período de manutenção da condição de ex-empregado prevista nos artigos 30 e 31 da Lei n. 9656/98, o direito de exercer a portabilidade de carências para novo plano, desde que o seu atual plano seja compatível com outro plano de saúde, nos termos da RN n. 438 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço.

_____, ____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do titular do plano (ex-funcionário)