**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - UF \_\_\_\_\_\_, **aposentado (a)** em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, declaro que recebi informações sobre a manutenção do Plano de Saúde e opto pela continuidade do mesmo, de acordo com o Art. 31 da Lei 9656/98 e Resolução Normativa n° 279/2011, que será regido pelas cláusulas e condições, conforme segue abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | **Data Nascimento** | **Acomodação (Apartamento ou Enfermaria)** | **Custo por beneficiário/mês \*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

O prazo de permanência para os beneficiários será de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, sendo que, nos casos superiores a 10 (dez) anos, a permanência no plano dar-se-á por prazo indeterminado, enquanto o contrato do plano de saúde para os beneficiários ativos estiver vigente.

Estou ciente de que serão mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, inclusive com permanência dos dependentes inscritos quando da vigência do meu contrato de trabalho.

Assevero saber e concordar com o valor da mensalidade dos beneficiários, bem como assumo o compromisso de efetuar o pagamento do Boleto Bancário, cujo valor integral é a soma do custo por beneficiário, conforme tabela acima e além deste valor, declaro-me ciente de que o percentual de coparticipação estabelecido em contrato, incidirá sobre os procedimentos realizados e relacionados na "Relação de Procedimentos Coparticipação", disponibilizada pela Unimed Curitiba, podendo ser reajustado anualmente de acordo com as regras da Resolução Normativa 279, de 24 de novembro de 2011 e suas alterações.

Boleto/correspondência deverá ser enviado para o endereço situado à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Fone (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ Cel (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estou ciente de que qualquer alteração que ocorra no contrato da empresa com a Unimed, ocorrerá também com o meu plano, inclusive no que se refere ao cancelamento do contrato, ou seja, havendo o cancelamento do contrato do plano de saúde da empresa, este também será cancelado. No caso de mudança do contrato original (ativos) para outro plano, estou ciente de que tal alteração também refletirá neste plano (inativos), e no caso de vir a não concordar com o novo plano**,** caberá a mim fazer a solicitação de cancelamento.

Declaro ainda que estou ciente de que o não pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias ou minha admissão em outro emprego (o que deverá ser informado à Unimed Curitiba, tão logo ocorra), acarretará o cancelamento do Plano de Saúde para Inativos ora contratado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do beneficiário (Titular)**

Documentos necessários para transferência de beneficiários aposentados junto a esta declaração:

- Documento de rescisão (cópia do termo da rescisão).

- Cópia do comprovante de residência.

- Cópia do último holerite, constando a participação no pagamento do plano.

- Cópia da carta de concessão de aposentadoria.

**\* Obs.: Os valores podem sofrer alterações caso haja incidência de reajuste (anual ou por faixa etária).**

***A documentação do processo de inclusão no plano inativo deverá ser entregue em uma das unidades de atendimento da Unimed Curitiba ou envida via correios para o endereço: Av. Affonso Penna, 297 – Bairro Tarumã CEP: 82530-280.***