

Operadora: Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa de Médicos

CNPJ: 75.055.772/0001-20

**DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO NO PLANO INATIVOS**

Eu, \_\_\_\_\_ , CPF n° , RG n° - UF \_\_ , **aposentado** pela empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , em \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ , declaro que recebi informações sobre a manutenção do Plano de Saúde e opto pela continuidade do mesmo, de acordo com o artigo 30 da Lei 9656/98 e Resolução Normativa n°. 488/2022 da ANS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** | **Data de nascimento** | **Acomodação** | **Custo por beneficiário/mês** |
|  | / / |  |  |
|  | / / |  |  |
|  | / / |  |  |
|  | / / |  |  |
|  | / / |  |  |
|  | / / |  |  |

Declaro estar ciente e de acordo com as informações abaixo:

1. O prazo de permanência no inativos corresponderá a 1/3 (um terço) do tempo de contribuição para planos regulamentados pela Lei 9656/98 ou a ela adaptados, limitado ao mínimo de 6 (seis) meses e ao máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
2. A ocorrência de qualquer das causas de extinção do plano de inativos previstas na Resolução Normativa nº 488 irá ocasionar a minha exclusão e de meus dependentes, mesmo que os prazos do item anterior ainda não tenham terminado.
3. Serão mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial de que eu gozava e permanecerão os dependentes que estavam inclusos no contrato de trabalho, desde que informados no preenchimento deste formulário.
4. A mudança do contrato original (ativos) para outro plano também refletirá no plano de inativos. Caso eu não concorde**,** deverei postular formalmente o cancelamento do plano de inativos à Unimed Curitiba.
5. Se a empresa contratante solicitar o cancelamento do plano de saúde de ativos junto a Unimed Curitiba, o plano de inativos também será cancelado, mesmo que o prazo indicado no item “a” ainda não tenha acabado. Declaro saber que neste caso farei jus a portabilidade, desde que cumpridos os requisitos legais ou poderei aderir a plano individual/familiar da Unimed Curitiba, isento de carências, desde que a contratação ocorra no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento do contrato de ativos.
6. Caso eu seja admitido em um novo emprego que possibilite o ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo devo informar imediatamente tal fato à Unimed Curitiba.
7. A primeira mensalidade irá englobar os dias proporcionais à data de inclusão no plano de inativos e as coparticipações (se houver).
8. O não pagamento em até 60 (sessenta) dias após o vencimento da fatura acarretará no cancelamento do Plano de Saúde.
9. Poderá ocorrer a incidência de reajustes anuais e por faixa etária, bem como do teto de coparticipação de acordo com as regras da Resolução Normativa 488.

# Página 2/1



Operadora: Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa de Médicos

CNPJ: 75.055.772/0001-20

1. O Custo por beneficiário/mês indica o valor de mensalidade que deverá ser pago por cada beneficiário. Tais valores poderão sofrer alterações caso haja incidência de reajuste anual ou por mudança de faixa etária e se houver alguma alteração de segmentação.
2. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde
3. exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
4. Os percentuais de reajuste anual e por mudança de faixa etária do plano de inativos poderão ser diferentes daqueles praticados no plano de ativos.
5. O valor da mensalidade do plano de inativos poderá ser diferente do valor da mensalidade paga pela empresa no plano de ativos.

Os boletos e correspondências deverão ser enviados ao endereço \_\_ , n° \_\_\_\_ , Complemento , Bairro Cidade , CEP ou via e-mail .

Informo os seguintes telefones de contato: (\_\_ ) \_\_\_ - Cel ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_

Autorizo a Unimed Curitiba a encaminhar informativos sobre meu processo através de mensagens WhatsApp ou e-mail.

Assumo o compromisso de efetuar o pagamento do boleto bancário, cujo valor integral corresponderá à soma do custo por beneficiário, conforme tabela acima, acrescido das coparticipações cabíveis, conforme regras do contrato de ativos.

Declaro saber que o prazo para análise e retorno é de 5 (cinco) dias úteis após o entrega da presente declaração, juntamente com os documentos descritos abaixo, legíveis e sem rasuras:

 **Cópia da carta de concessão de aposentadoria e cópia completa da rescisão de contrato de trabalho.**

Afirmo saber que, para tornar mais ágil o processo, poderei encaminhar a documentação via e-mail processoinativos@unimedcuritiba.com.br ou entregá-la na Avenida Affonso Penna, 297, Bairro Tarumã, Curitiba/PR, CEP: 82530-280 ou em qualquer unidade de atendimento.

\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de / \_\_\_\_\_   
**Cidade e data**

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

**Ciente e de acordo (Titular do Plano):**

**Assinatura obrigatória**

Página 3/1 