TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE INATIVOS (RN 488)

1. Dados da Contratada:		
Operadora Vita Assistência à Saúde LTDA	**CNPJ** 01.648.339/0001-61	**Registro ANS** 41.490-5

2. Dados da Contratante:	
Razão Social:	**CNPJ:**

3. Dados do beneficiário titular:		
Nome:	**CPF:**	
E-mail:	**Telefone: telefone**	
Endereço:		**Nº:**
Complemento:	**Bairro:**	
Cidade:	**Estado:**	**CEP:**

4. Ciência sobre a manutenção do plano de ex-empregados, demitidos ou aposentados

De acordo com a Resolução RN n° 488 da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, nas mesmas condições de cobertura assistencial (segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

a) Já contribuísse financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

b) Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para a sua faixa etária e de seus dependentes; e

c) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de ciência abaixo.

5. Dados dos beneficiários dependentes

O ex-empregado tem direito de manter ou não todos os dependentes já cadastrados no plano de saúde antes do desligamento da empresa e posteriormente poderá incluir **somente novo cônjuge e filhos**.

Nome	CPF
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

As inscrições de novos dependentes serão aceitas mediante correto preenchimento de todos os campos e a cópia dos documentos previstos contratualmente.

Assinatura do titular

6. Tempo de permanência do ex-empregado no plano

Demitido ou exonerado sem justa causa – 1/3 (um terço) do período de contribuição junto à empresa, com mínimo garantido de 6 meses e no máximo 24 meses.

Aposentado – se o tempo de contribuição junto à empresa for menor que 10 anos, o prazo de permanência será equivalente ao período de contribuição; se maior que 10 anos o tempo será indeterminado.

7. Cancelamento do plano de ex-empregados

- Se o beneficiário for admitido em novo emprego que possibilite o ingresso em novo plano de saúde;
- Quando terminarem os prazos de permanência no plano como demitido ou aposentado;
- Se a ex-empregadora rescindir o contrato de plano de saúde com esta operadora, automaticamente o plano de ex-empregado será cancelado;
- Inadimplência de 60 dias consecutivos ou não, mediante notificação até 50º dia de atraso; ou
- Por vontade própria, mediante pedido formalizado à operadora.

8. Declarações e ciência

Declaro, para os fins de direito que:

a. assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e coparticipações, se houver.
b. no caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional me possibilite a inscrição no plano de saúde da nova empregadora me comprometo a formalizar junto a operadora o pedido de cancelamento do plano.
c. autorizo a ex-empregadora e/ou operadora a solicitar documentação comprobatória, a qualquer tempo, com a finalidade de comprovar o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado.

Estou ciente que:

a. os beneficiários que estavam cumprindo carência ou em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT na data da rescisão do contrato de trabalho cumprirão os períodos remanescentes neste plano.
b. ocorrendo o cancelamento do plano de ex-empregado, conforme condições acima especificadas, é de minha responsabilidade a devolução dos cartões de identificação.
c. os valores serão reajustados anualmente (conforme negociação com a ex-empregadora ou cláusula contratual) e em caso de mudança de faixa etária.
d. posso exercer a portabilidade de carências para esta ou outra Operadora, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.
e. o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.
f. a comunicação da CONTRATADA para o beneficiário (ex-empregado) será realizada através das seguintes ferramentas de comunicação eletrônica: telefone, e-mail, aplicativos que permitam a troca de mensagens (WhatsApp e outros), informados pelo beneficiário (ex-empregado), observadas regras da ANS, inclusive para o envio de documentos, faturas, notificações de inadimplência, avisos de rescisão contratual, cartas de cobrança, dentre outros.

_____

Assinatura do titular

Faixa Etária	Valor Mensalidade (Individual)
0-18	R$
19-23	R$
24-28	R$
29-33	R$
34-38	R$
39-43	R$
44-48	R$
49-53	R$
54-58	R$
> 59	R$

Valores válidos até o aniversário do contrato coletivo, onde os valores serão reajustados.

Data: _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Titular