

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:
Endereço:		Nº:
Complemento:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:
4. Ciência sobre a manutenção do plano de ex-empregados, demitidos ou aposentados		
<p>De acordo com a Resolução RN nº 488 da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua <u>condição de beneficiário</u>, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, <u>nas mesmas condições de cobertura assistencial</u> (segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) <u>que usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:</u></p> <p>a) Já contribuisse 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;</p> <p>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</p> <p>c) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de ciência abaixo.</p>		
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	
19-23	
24-28	
29-33	
34-38	
39-43	
44-48	
49-53	
54-58	
> 59	

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

Data: ____/____/____

Assinatura do Titular