

OPÇÃO PARA CONTINUIDADE DO PLANO DE ASSIST. MÉDICA DEMITIDOS E APOSENTADOS - PLANO DE INATIVOS

Razão Social: UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – JÚLIO DE MESQUITA FILHO
CNPJ: 48.031.918/0001-24

Em cumprimento a RN 279, oferta neste ato ao beneficiário, à opção para continuidade ao plano de assistência médica nas condições previstas neste termo e no contrato coletivo empresarial firmado com a Unimed do Estado de São Paulo – FESP.

- Opto pelo benefício do artigo 30 e 31 da lei 9656/98
- Não opto pelo benefício do artigo 30 e 31 da lei 9656/98
- Nos termos da RN 279 declaro que, ainda que tenha assinalado o Termo de Continuidade na opção NÃO OPTO no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, tenho ciência de que no prazo de 30 (trinta) dias, poderei notificar meu interesse junto a Operadora de Saúde pela contratação do plano de demitidos e aposentados, mediante envio de carta de próprio punho juntamente com este termo para o e-mail extensao.inativos@unimedfesp.coop.br

É de responsabilidade da Empresa o envio da Exclusão do Beneficiário via MovCad e informação da data de vigência caso o beneficiário tenha direito ao benefício até o último dia do mês da assinatura deste.

PARA ACEITE DA CONTINUIDADE NOS TERMOS DA RN 279 É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ABAIXO E ASSINATURA NO VERSO, PODERÁ SER SOLICITADA PELA OPERADORA A COMPROVAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO. O TERMO SERÁ DEVOLVIDO NA AUSÊNCIA DE PREENCHIMENTO E ASSINATURA.

Dados do Beneficiário

Nome Completo		Data de Nascimento / /		Nº Cartão SUS
CPF	RG	Situação do Beneficiário <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Demitido	Data Aposent /Demissão 	Período de Contribuição <small>A ser preenchido pela empresa (meses)</small>
Nome Completo da Mãe			E-mail	
Opção do Plano (O beneficiário tem direito a continuidade no mesmo plano de contribuição, podendo optar por outro de menor valor).			Opção do Plano <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Máster	Data Vigência (até 30 dias) <small>A ser preenchido pela empresa</small>

DEPENDENTES (preencher abaixo os dados dos dependentes que deseja manter na condição. Dependentes relacionados que não estejam no cadastro anterior serão desconsiderados automaticamente). Preencher Anexo 1 caso exista mais de 3 dependentes.

Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	

Endereço para Cobrança

Endereço / Complemento			Telefone Celular (incluir DDD)	
Bairro	Cidade	CEP	Telefone (incluir DDD)	Ramal

Uso da operadora (não preencher)

Modalidade	Termo / Proposta	Código do Beneficiário	Padrão de Cobertura Anterior	Tempo de Permanência
------------	------------------	------------------------	------------------------------	----------------------

“CONDIÇÕES CONTRATUAIS PARA DEMITIDOS E APOSENTADOS”:

1. No plano de inativos a operadora manterá as mesmas condições de cobertura assistencial, da qual o então empregado gozava durante a vigência do contrato de trabalho. Considera-se cobertura assistencial: segmentação e cobertura do plano, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e, quando houver, fator moderador (coparticipação). Declaro, por mim e por meus dependentes, possuir completa ciência de que este Termo de Inativos nos confere o direito à assistência à saúde segundo as cláusulas constantes do contrato de plano de saúde mantido pela empresa CONTRATANTE com a OPERADORA, nos termos do artigo 30 e ou 31 da Lei 9656/98.

2. Assumo o compromisso de realizar pontualmente o pagamento do valor da mensalidade integral, devida por mim e pelos meus dependentes inscritos, via boleto bancário, enviado à minha residência, endereço indicado no termo de adesão, com vencimento para todo dia 10 (exceto o primeiro faturamento que poderá ter o vencimento prorrogado para 15 dias da data de emissão), a saber:

FAIXA ETÁRIA	BÁSICO (acomodação enfermaria)	BÁSICO AGREGADO (acomodação enfermaria)	ESPECIAL (acomodação apartamento)	ESPECIAL AGREGADO (acomodação apartamento)	MÁSTER (acomodação apartamento)	MÁSTER AGREGADO (acomodação apartamento)	VARIAÇÃO %
De 0 a 18 anos	R\$ 385,14	R\$ 296,11	R\$ 488,28	R\$ 414,58	R\$ 378,97	R\$ 502,12	0,00 %
De 19 a 23 anos	R\$ 385,14	R\$ 365,00	R\$ 488,28	R\$ 510,97	R\$ 576,13	R\$ 763,30	52,03 %
De 24 a 28 anos	R\$ 385,14	R\$ 400,74	R\$ 488,28	R\$ 561,01	R\$ 601,75	R\$ 797,32	4,45 %
De 29 a 33 anos	R\$ 385,14	R\$ 414,32	R\$ 488,28	R\$ 580,03	R\$ 629,34	R\$ 833,86	4,58 %
De 34 a 38 anos	R\$ 385,14	R\$ 454,63	R\$ 488,28	R\$ 636,52	R\$ 771,45	R\$ 1.022,14	22,58 %
De 39 a 43 anos	R\$ 385,14	R\$ 558,48	R\$ 488,28	R\$ 781,85	R\$ 824,57	R\$ 1.092,48	6,89 %
De 44 a 48 anos	R\$ 385,14	R\$ 722,85	R\$ 488,28	R\$ 1.011,96	R\$ 918,93	R\$ 1.217,55	11,44 %
De 49 a 53 anos	R\$ 385,14	R\$ 862,56	R\$ 488,28	R\$ 1.207,56	R\$ 1.049,65	R\$ 1.390,74	14,23 %
De 54 a 58 anos	R\$ 385,14	R\$ 1.207,56	R\$ 488,28	R\$ 1.690,59	R\$ 1.276,23	R\$ 1.690,94	21,59 %
De 59 a 999 anos	R\$ 385,14	R\$ 1.456,18	R\$ 488,28	R\$ 2.038,67	R\$ 2.104,62	R\$ 2.788,49	88,18 %
CO-PARTICIPAÇÃO	NÃO HÁ						

*** **Vigência da Tabela – 01/12/2018 a 30/11/2019.**

3. Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato a mensalidade será reajustada automaticamente no mês subsequente ao do aniversário, de acordo com o percentual de reajuste da tabela de preços constante no termo de adesão por mim assinado.

4. Declaro, ainda, ter conhecimento de que os valores das mensalidades serão reajustados anualmente segundo o índice previsto no contrato mantido entre a empresa CONTRATANTE e a OPERADORA, na data de seu aniversário, podendo, ainda, ocorrer reajuste por sinistralidade a qualquer tempo, de acordo com o percentual apurado de forma unificada para a totalidade da massa de inativos da OPERADORA, cujo índice estará disponível no Portal Corporativo da OPERADORA no endereço www.unimedfesp.coop.br.

5. Afirmando ter ciência de que na hipótese de impontualidade no pagamento da mensalidade e da co-participação, se houver, serão cobrados juros de mora de 1% ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% incidente sobre o valor do débito atualizado.

6. Declaro, ainda, ter conhecimento de que o atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, implicará na suspensão total dos serviços contratados e acarretará a exclusão dos usuários do plano conforme previsto nos termos do artigo 13, inciso II da Lei Federal nº 9.656/98. A exclusão mencionada não isentará o usuário do pagamento das mensalidades pendentes do período que teve direito.

7. Afirmando ter conhecimento de que o meu direito de permanência no contrato mantido pela empresa CONTRATANTE com a OPERADORA, vigorará pelo prazo de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º da RN279, quando se tratar de artigo 30º da lei 9.656/98 (Demitidos) e ou de a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, ultrapassando 10 anos de contribuição, este ficará por tempo indeterminado enquanto estiver vigente o contrato entre operadora de saúde e empresa contratante, quando este contrato se referir ao artigo 31º da lei 9.656/98 (Aposentados) desde que assumo o seu pagamento integral.

8. Declaro também, ter conhecimento de que na hipótese de rescisão do contrato de plano de saúde pela empresa CONTRATANTE da qual fui empregado, findará meu direito de permanência no plano de saúde como demitido.

9. Manifesto ciência de que minha condição de beneficiário cessará para mim e para meus dependentes quando da minha admissão em novo emprego ou quando passar a exercer outra atividade remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial, comprometendo-me a proceder tal comunicação à operadora até o dia 20 do mês em curso para não arcar com a mensalidade do mês subsequente.

10. Fico ciente de que na existência dos benefícios adicionais negociados pela CONTRATANTE, tais como, PCA - plano de continuidade assistencial, UNIAIR - transporte aero médico, Unimed Garantia Familiar e Garantia Funeral, EMD - Emergência Médica Domiciliar, AMT - Aconselhamento Médico Telefônico, denominados Saúde Plus, Unimed Vida em Grupo – VG e Acidente de Trabalho, dentre outros, não se estendem ao presente Termo de Inativos, sendo de direito apenas utilização dos Serviços Médicos e Hospitalares em rede credenciada.

11. Ter ciência de que no caso de morte do titular os dependentes poderão permanecer no plano pelo prazo restante, desde que assumam o pagamento das mensalidades correspondente.

12. Também tenho ciência de que só poderá haver inclusão de novo dependente em caso de recém-nascido e recém-casado (mediante documentação comprobatória).

13. Caso não tenha mais interesse em continuar com o plano de inativos deve comunicar formalmente à Unimed FESP, por meio de contato telefônico para o número 0800 772 3030 ou acessando a área do cliente no Portal da Unimed FESP (www.unimedfesp.coop.br) ou ainda, pessoalmente, no atendimento presencial na Rua Tamandaré, 649 – 1º andar – Aclimação – CEP 01525-001, de segunda a sexta-feira das 9h às 17h.

13.1. A sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato de plano de saúde poderá resultar em:

- a) Cumprimento de novos prazos de carência;
- b) Perda do direito à portabilidade de carências (mudança de plano de saúde sem cumprimento de novos prazos de carência), caso não tenha sido este o motivo da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato;
- c) Preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente (DLP), no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), no qual ficarão suspensos por até 24 meses a partir do ingresso no plano a cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à DLP declarada;

13.2. O seu pedido de cancelamento ou exclusão tem EFEITO IMEDIATO a partir da ciência da operadora. Após a data e horário da sua solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato, você não está mais coberto pelo seu plano de saúde. Qualquer utilização do plano (ex. exame, cirurgia, etc), mesmo que já autorizada pela operadora, não será realizada após a solicitação de cancelamento ou exclusão do contrato.

13.3. Se mesmo assim você quiser solicitar o cancelamento ou a exclusão do contrato de plano de saúde, saiba também que:

- a) A sua solicitação de cancelamento ou exclusão de contrato não admite desistência a partir da ciência da operadora ou da administradora de benefícios a qual você fez o pedido;
- b) As mensalidades vencidas ou eventuais coparticipações ou franquias devidas por você pelos serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de sua responsabilidade;
- c) As despesas decorrentes de eventuais serviços utilizados por você após a data da sua solicitação, inclusive nos casos de urgência ou emergência, também correrão por sua conta;
- d) Se você solicitou a sua exclusão de contrato coletivo, os seus dependentes serão excluídos automaticamente.

14. A indevida utilização dos serviços será de minha responsabilidade, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes desse fato serão considerados títulos extrajudiciais para os efeitos de protesto e execução judicial.

15. Declaro ter consciência que na hipótese da minha exclusão, todos os dependentes a mim vinculados também serão excluídos, sendo que ficarei responsável pelo recolhimento e devolução dos cartões individuais de identificação à OPERADORA.

16. Estou ciente de que no caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecida aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, poderei optar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento do benefício, ingressar em plano individual ou familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:
- a) A OPERADORA disponha de um plano individual ou familiar equivalente;
 - b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
 - c) Observado o valor da mensalidade vigente na data de adesão na comercialização de plano individual ou familiar.
17. Estou ciente de que é assegurado para os inativos, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para o plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN 279/2011 c.c. artigo 7º C da RN 186/2009 e suas posteriores alterações, desde que sejam atendidos os requisitos estabelecidos nas normas da ANS e que a portabilidade de carências seja requerida:
- a) No período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente; ou
 - b) No prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.
18. A ANS poderá de ofício, adequar os dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informação de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar – SIB/ANS a partir de outras fontes que julgar cabíveis. “(NR)” Art. 26. Os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo Cartão Nacional de saúde deverão ser informados obrigatoriamente pelas operadoras a partir de 30 e Julho de 2015.
19. Em caso de não recebimento do documento de cobrança da mensalidade do plano em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, o usuário entrará em contato com a Central de Atendimento da Operadora pelo telefone 0800-7723030, a fim de receber instruções para pagamento ou gerar 2º via da cobrança no site www.unimedfesp.coop.br.
20. Será necessário encaminhar cópia da Carteira de Trabalho a cada três meses ao e-mail cadastro.inativos@unimedfesp.coop.br para manutenção e continuidade do benefício.

ADITAMENTO

- Considerando os termos da RN 412/2016 da ANS, a UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS informa que a partir do dia 10 de maio de 2017 passa a vigor as regras abaixo para cancelamento do contrato o Contrato, conforme segue:

Definições:

I - Beneficiário: pessoa física vinculada à operadora por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

II - Cancelamento do contrato: rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;

1. Fica estabelecido que o pedido de cancelamento por iniciativa do beneficiário deverá ser realizado das seguintes formas disponibilizadas por esta **UNIMED FESP**:

I - Presencialmente, na sede da **UNIMED FESP**, Rua Tamandaré, 649 – 1º andar;

II - Por meio de atendimento telefônico através do telefone 0800 772 3030; ou

III - Por meio do seguinte endereço eletrônico www.unimedfesp.coop.br.

2. Neste ato a **UNIMED FESP** fornecerá ao beneficiário comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento, conforme segue:

- a)** As solicitações realizadas de forma presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante;
- b)** As solicitações realizadas por meio de contato telefônico serão comprovadas pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário; e
- c)** As solicitações realizadas por meio de acesso à página da operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática e de protocolo ao beneficiário.

3. Fica estabelecido que na hipótese de cancelamento de contrato o beneficiário fica ciente que:

I – Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos; e

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar.

II - Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento da opção para manutenção da condição de beneficiário do plano de assistência à saúde com a exclusão do beneficiário, a partir da ciência da operadora;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta; e

V – A exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

4. A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a **UNIMED FESP** encaminhará, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento da opção para manutenção da condição de beneficiário no plano de assistência à saúde, para o canal indicado pelo titular por ocasião do pedido de cancelamento/exclusão.

5. O presente instrumento revoga todas as disposições contrárias ao disposto no presente, em especial a cláusula 14 das condições gerais do contrato.

Parágrafo único. No comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário de plano de saúde individual ou familiar a **OPERADORA** informará as eventuais cobranças de serviços, conforme segue:

- Referente às utilizações após a data da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência/emergência;
- As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde.

SÃO PAULO _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura e Carimbo Resp. Empresa

Assinatura do Beneficiário

OPÇÃO PARA CONTINUIDADE DO PLANO DE ASSIST. MÉDICA DEMITIDOS E APOSENTADOS - PLANO DE INATIVOS

Anexo I: Inclusões de dependentes

Razão Social: UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – JÚLIO DE MESQUITA FILHO
CNPJ: 48.031.918/0001-24

É de responsabilidade da Empresa o envio da Exclusão do Beneficiário via MovCad e informação da data de vigência caso o beneficiário tenha direito ao benefício acima de 30 dias.

PARA ACEITE DA CONTINUIDADE NOS TERMOS DA RN 279 É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ABAIXO E ASSINATURA NO VERSO, PODERÁ SER SOLICITADA PELA OPERADORA A COMPROVAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO. O TERMO SERÁ DEVOLVIDA NA AUSÊNCIA DE PREENCHIMENTO E ASSINATURA.

***** **DEPENDENTES** (preencher abaixo os dados dos dependentes que deseja manter na condição. Dependentes relacionados que não estejam no cadastro anterior serão desconsiderados automaticamente).

Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	
Nome Completo		CPF do Beneficiário
Data de Nascimento	Nome Completo da Mãe	

SÃO PAULO _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Beneficiário