

COMUNICAÇÃO

De acordo com o disposto na RN 279, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 24/11/11, 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 (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) desde que o plano que gozava durante a vigência do contrato de trabalho contratado seja regulamentado pela ANS (Uniflex) e 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.

Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;

b) assuma o pagamento integral do plano de saúde, valores por faixa etária;

c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir desta comunicação.

O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho ou aposentadoria estará descrito no Formulário de Inscrição que deverá ser preenchido para formalizar a manutenção no plano.

Nome: _____

CPF: _____

Data da ciência: ____/____/____.

Data do vencimento para manifestação: ____/____/____.

Importante: Para dar entrada no benefício, o titular do plano deverá entrar em contato diretamente com a Unimed pelo telefone (0800) 483500 para receber as orientações necessárias. **Não havendo manifestação no prazo de 30 dias** contados a partir da data da ciência, considerar-se-á a recusa ao benefício.

Assinatura do ex-empregado