



DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO NO PLANO INATIVOS

Eu, _____, CPF nº _____, RG nº _____ - 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 nº. 488/2022 da ANS.

Nome Completo	Data de nascimento	Acomodação	Custo por beneficiário/mês
	__ / __ /		
	__ / __ /		
	__ / __ /		
	__ / __ /		
	__ / __ /		
	__ / __ /		

Declaro estar ciente e de acordo com as informações abaixo:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- A primeira mensalidade irá englobar os dias proporcionais à data de inclusão no plano de inativos e as coparticipações (se houver).
- O não pagamento em até 60 (sessenta) dias após o vencimento da fatura acarretará no cancelamento do Plano de Saúde.
- 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.



Operadora: Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa de Médicos
CNPJ: 75.055.772/0001-20

- j) 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.
- k) A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde
- l) 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.
- m) Os percentuais de reajuste anual e por mudança de faixa etária do plano de inativos poderão ser diferentes daqueles praticados no plano de ativos.
- n) 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 _____, nº _____,
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

