

Nome da Corretora

Susep

Código da Empresa

Nome da Empresa

Vigência

DADOS DO SOLICITANTE

Nome do ex-funcionário

CPF

Nome da Mãe

Data de Admissão na Empresa

Data de Desligamento da Empresa

Registro Funcional

O ex-empregado permaneceu na mesma empresa após a aposentadoria, contribuindo para o Plano de Saúde?

 Sim Não

Data de comunicação do Direito Garantido pelos artigos 30 e 31 da Lei N° 9656/1998 e Normativas Vigentes

Endereço de correspondência

Bairro

Cidade

UF

CEP

(DDD) Telefone

(DDD) Celular

DADOS DO PLANO

Nome do Plano

Período de Contribuição

| De a

Data inicial de vigência

Data final de vigência

Número do PIS

INCLUSÃO DE DEPENDENTES Sim (Relacionar abaixo) Não**DEPENDENTES**
Sexo: M - Masculino / F - Feminino | Estado Civil: 1 - Solteiro / 2 - Casado / 3 - Viúvo / 4 - Divorciado/Separado
Parentesco: 2 - Cônjuge / 3 - Filho / 4 - Dependentes Especiais

Item	Nome dos Usuários	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Vigência Inicial	Vigência Final	Mensalidade R\$
1								
2								
3								
4								
5								

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

De acordo com a lei 9656 de 1998 e normativas vigentes, estou ciente que:

A. Para usufruir o direito assegurado nos artigos 30 e 31 da lei 9656/1998 e normativas vigentes, este formulário – “Declaração Opcional do Plano de Saúde”, deve ser protocolado em uma das sucursais da Porto Seguro em até 30 (trinta) dias da data da comunicação formal ao ex-empregado.

B. O seguro será mantido nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. **C.** A manutenção do seguro saúde é assegurada a todo grupo de dependentes inscritos no plano quando na condição de ativos. Durante a vigência deste segurado, é garantida a inclusão sem carência, solicitada dentro do prazo contratual, de novo cônjuge e filhos. Inclusões fora do prazo estão sujeitos ao cumprimento de carências. **D.** A manutenção do seguro pelo prazo assegurado na lei está condicionado ao pagamento do prêmio mensal, sendo este de minha inteira responsabilidade. **E.** Em caso de não recebimento do boleto bancário não estou isento do pagamento do mesmo, devendo entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento da operadora, a fim de receber instruções para o pagamento. **F.** Tenho certeza que meu direito ao art. 30 e 31 da referida lei, extinguir-se-á nas seguintes situações:

- Minha admissão em novo emprego que me possibilite o ingresso em plano de saúde coletivo por adesão ou autogestão.
- O término do período que me é de direito, respeitando o disposto no parágrafo primeiro dos artigos 30 e 31 da lei 9656/1998 e RN 279.
- Na hipótese de inadimplência superior a 30 (trinta) dias, implicará no cancelamento definitivo do seguro.

G. Na hipótese de cancelamento do contrato da empresa (ex-empregadora) com a Porto Seguro - Seguro Saúde, o meu seguro será cancelado automaticamente, independente do aviso prévio por parte da Seguradora. Além disso, a Porto Saúde está desobrigada a oferecer a continuidade do plano de assistência à saúde em um plano individual na forma das normativas vigentes. **H.** Todas as alterações e reajustes efetuados à apólice dos segurados ativos (apólice da ex-empregadora) é automática e simultaneamente estendido ao contrato dos inativos, na qual estou inserido independentemente de previsão notificação. **I.** Em caso de falecimento do titular é assegurado o direito de manutenção aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos dos artigos 30 e 31 da lei 9656/1998 e normativas vigentes.

Em conformidade com a RN 438/18 o segurado poderá exercer a Potabilidade a contar 60 dias da data final de vigência do seu plano.

Por fim, declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas. Em caso de omissão de informações, responsabilizo-me por qualquer despesa decorrente de utilização indevida, perderei o direito ao benefício e poderei ser açãoado judicialmente.

Local e data

Assinatura do Representante da Empresa (Sob Carimbo)

Assinatura do Beneficiário

Informações / Solicitações de serviços / Senhas: 011 3366 3003 (São Paulo e Grande São Paulo) / 3003 9393 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 727 2800 (Demais localidades) **SAC:** 0800 727 2762 (Reclamação, cancelamento e informação) 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou acesse: www.portoseguro.com.br