

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

manutenção do seguro saúde é assegurada a todo grupo de dependentes inscritos no plano quando na condição de ativos. Durante a vigência deste seguro, é garantida a inclusão sem carência, solicitada dentro do prazo contratual, de novo cônjuge e filhos. Inclusões fora do prazo estão sujeitas ao

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 de plano de assistência à saúde em um plano individual na forma das permutivas vigentes. ¹¹ Todas as alterações e reajustes efetuados à análise

do plano de assistência à saúde em um plano individual na forma das normativas vigentes. F. Todas as alterações e reajustes efetuados a apólice dos segurados ativos (apólice da ex-empregadora) é automática e simultaneamente estendido ao contrato dos inativos, na qual estou inserindo in-

dos segurados ativos (apólice da empregadora) e automática e simultaneamente estendido ao contrato dos inativos, a qual está sendo independente de prévia notificação. I. Em caso de falecimento do titular é assegurado o direito de manutenção aos dependentes cobertos pelo plano

dependente de provisão municipal. II - Em caso de falecimento de titular, a responsabilidade e o custo de manutenção dos dependentes sobrites 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, perdendo o direito ao benefício e podendo ser aacionado judicialmente.

tomações, responsabilizo-me por qualquer despesa decorrente de utilização indevida, perderei o direito ao benefício e poderei ser acionado judicialmente.

Local e data _____ Assinatura do Representante da Empresa (Sob Carimbo) _____ Assinatura do Beneficiário _____