

TERMO DE OPÇÃO DE CONTINUIDADE AO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Lei nº 9.656/98 (alterado pela medida provisória nº 2.177-44 de 24.8.01)

OPERADORA: AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA S/C LTDA., inscrita no CNPJ/MF
sob nº 67.839.969/0001-2, sediada nesta Capital na Rua Ubatu Mirim, 45 - 3º andar - Vila Gea CEP 04692-010;

Eu, _____,
portador do RG nº _____ e CPF nº _____,
residente no endereço, _____, n.º _____,
bairro _____, Cidade _____ UF _____,
CEP: _____, telefone _____.

Ex-colaborador da empresa _____
inscrita no CNPJ nº _____.

Admitido em ____/____/____ e desligado em ____/____/____, declaro
para os devidos fins que:

Não tenho interesse em permanecer com o Plano de Assistência Médica.

Opto em permanecer com o Plano de Assistência Médica, arcando com o pagamento integral da mensalidade do plano, no valor detalhado abaixo, pelo período determinado pela Lei 9656/1998 e suas resoluções.

Preenchimento pela empresa:

Tempo de contribuição no plano de assistência médica por _____ (anos/meses)

Tenho interesse também que meu(s) dependentes(s), citado(s) abaixo, permaneça(m) no plano de Assistência Médica, obrigando-me a arcar com o valor integral da mensalidade. A partir de minha continuidade no Plano de Assistência Médica, o valor mensal será determinado conforme a faixa etária de cada integrante do meu grupo familiar

Valores informados previamente pela empresa:

	Idade	Valor Plano + Odonto
Titular:		
Dep. 1:		
Dep. 2:		
Dep. 3:		
Dep. 4:		
Dep. 5:		
Dep. 6:		
	Total	

Local e data: _____

Assinatura do Beneficiário

Assinatura e Carimbo RH/Empresa:

CONDIÇÕES PARA OBTENÇÃO E MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO - PLANO DE CONTINUIDADE

Todas as condições descritas abaixo precisam ser atendidas.

1. Manifestar formalmente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de desligamento da Empresa, mediante este formulário, interesse em permanecer no plano de assistência médica
2. O titular deve ter contribuído, ou seja, pago integralmente ou parcialmente a mensalidade de seu plano médico enquanto foi empregado da empresa. Coparticipação não é contribuição pela mensalidade. Perante a RN 279, entende-se por contribuição: “qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquias pagas únicas e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica” (RN 279/2011, artigo 2º, inciso I).
3. Apartir deste momento, arcar com o pagamento integral da mensalidade no valor de R\$ _____, cobrado diretamente pela Ameplan Assistência Médica ao ex-empregado, mediante boleto bancário.
4. Estar sujeito às mesmas condições de coberturas, mecanismos de regulação, rede credenciada dos planos, reajustes anuais e de faixa etária, mantidas contratualmente entre a Empresa (ex-empregadora) com a Ameplan Assistência Médica
5. Benefício restrito a ex-empregados, desligados por motivo de: Demissão ou Exoneração, SEM justa causa ou Aposentadoria.
6. Tempo de permanência no Plano de Continuidade
 - Para ex-empregado, por motivo de Demissão ou Exoneração SEM justa causa, pode permanecer no plano pelo prazo de um terço (1/3) do período que CONTRIBUIU pelo pagamento da mensalidade do seu plano médico e/ou odontológico, na operadora atual ou antecessora (s). O prazo mínimo de permanência é de 6 (seis) meses e o prazo máximo é de 24 (vinte e quatro) meses.
 - Para o ex-empregado, por motivo de Aposentadoria, que contribuiu pelo pagamento da mensalidade do seu plano médico e/ou odontológico em até 10 anos, pode permanecer pelo período proporcional de um para um. Exemplo: o titular pagou por seu plano médico durante 9 anos e 11 meses, ele poderá permanecer no plano por 9 anos e 11 meses.
 - Para o ex-empregado, por motivo de Aposentadoria, que contribuiu pelo pagamento da mensalidade do seu plano médico e/ou odontológico por mais de 10 anos, poderá permanecer pelo prazo vitalício na Ameplan Assistência Médica enquanto a contratante permanecer com a operadora.
7. Após o prazo limite de permanência, o plano é cancelado automaticamente, bem como quando o titular é admitido em novo emprego. O plano médico e/ou odontológico é cancelado quando ocorrer falta de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.
8. Em caso de falecimento do titular, os dependentes têm direito a permanecer no plano, mediante carta nomeando o dependente que assumirá a titularidade e cópia da Certidão de Óbito do titular. Os dependentes continuarão pelo período remanescente com as mesmas condições previamente estabelecidas, desde que a solicitação seja feita até 30 dias da data do óbito.
9. Em caso de casamento, nascimento ou adoção, o titular deve solicitar a inclusão do novo dependente no prazo de 30 (trinta) dias do evento, para obter a isenção de carências. Caso seja após esse prazo, o dependente ingressará com carências normais.

Local e data: _____

Assinatura do Beneficiário

Assinatura e Carimbo RH/Empresa: