

Termo de Opção e Transferência do Seguro/Plano

À
SulAmérica

Em decorrência da extinção do contrato de trabalho do(a) empregado(a) _____, solicitamos providências desta Seguradora/Operadora, concernente à extensão de benefício do seguro-saúde/plano odontológico empresarial, aos segurados beneficiários contributivos, demitidos ou exonerados sem justa causa e/ou aposentados, de acordo com a determinação dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9656 de 03/06/98, combinados com a Resolução Normativa nº 279/2011 e suas alterações, conforme manifestação constante neste Termo de Opção, conforme segue:

Nome

Matrícula

Cód. da Empresa Estipulante/Contratante e Razão Social

Apólice/Nº do Contrato

Condição do Ex-Empregado

- ☐ Demitido ou Exonerado sem justa causa
☐ Demitido ou Exonerado sem justa causa e aposentado
☐ Aposentado
☐ Aposentado falecido

Meses de Contribuição

Quantos meses o Beneficiário contribuiu para a cobertura assistencial?

(*Independente da Operadora, para os produtos contratados na vigência da Lei nº 9656/98, bem como para os adaptados

Início de Vigência do Benefício: / /

Fim de vigência máxima (de acordo com a Lei 9656/98): / /

Quantidade máxima de meses do benefício:

Endereço completo de cobrança

Rua:

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

CEP:

Telefone residencial:

Telefone Celular:

Email:

1. O(a) ex-empregado(a), acima mencionado(a), contribuiu para o seguro de assistência à saúde/plano odontológico, razão pela qual lhe é assegurado, nos termos da Lei nº 9656/98 e RN nº 279/2011, o direito de manter-se como beneficiário(a), nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contraprestação pecuniária. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo beneficiário corresponde à soma das contribuições patronal e do empregado. Ressaltamos que a Extensão de Benefício do Seguro/Plano Empresarial é uma continuidade do contrato coletivo de seguro-saúde/plano odontológico, firmado entre este Estipulante/Empresa Contratante e a SulAmérica, cabendo a este Estipulante/Empresa Contratante arcar com suas obrigações e responsabilidades, inclusive, quanto à sinistralidade e o término do seguro/plano.

2. O prazo de permanência na extensão de benefício do seguro/plano empresarial, acima indicado, está previsto nos artigos 30 e/ou 31 da Lei em questão, não cabendo, em nenhuma hipótese, a sua prorrogação. No(s) caso(s) em que ocorrer o cancelamento do(s) contrato(s) de seguro-saúde/plano odontológico do Estipulante/Empresa Contratante, o referido benefício será automaticamente cancelado, independentemente do prazo de permanência que resta para o seu término.

3. A extensão de benefício do seguro-saúde/plano odontológico empresarial deixará de existir quando da admissão do(a) beneficiário(a) titular em novo emprego ou por novo vínculo profissional. Cabe ao beneficiário remeter à Seguradora, uma declaração, devidamente preenchida e assinada, afirmando que foi admitido(a) em novo emprego, ou à Estipulante, mediante comunicação firmada por representante legal desta, a qual enviará tal comunicação à Seguradora imediatamente após sua ciência da admissão do beneficiário em novo emprego. Em caso de utilização indevida, estará sujeito(a) às sanções previstas na legislação vigente, bem como ao ressarcimento à SulAmérica, de todas as despesas incorridas pelo beneficiário e/ou seus dependentes.

4. A extensão de benefício do seguro-saúde/plano odontológico empresarial será regida pelas condições gerais do contrato firmado entre este Estipulante/Empresa Contratante e a SulAmérica, as quais preveem cláusulas de majoração do valor do prêmio/mensalidade, de coberturas e exclusões contratuais, bem como, condições que autorizam o cancelamento do seguro/plano.

5. Temos ciência de que esta manifestação deverá ser entregue em até 30 (trinta) dias da extinção do contrato de trabalho para fazer jus à extensão de benefício, nas condições previstas da citada Lei, bem como é o nosso dever manter os dados cadastrais atualizados.

6. Autorizamos, desde já, a SulAmérica, por nossa conta e ordem, a efetuar a cobrança dos prêmios/mensalidades deste segurado/beneficiário e seus dependentes, bem como promover a exclusão do titular e de seus dependentes do benefício, em razão da inadimplência prevista contratualmente.

7. Temos ciência de que o sinistro (despesas médicas/hospitalares/odontológicas) e o prêmio/mensalidade desta Extensão de Benefício do Seguro/Plano Empresarial, integralizarão a apólice/contrato em referência.

/ /
Declaro estar ciente das informações aqui prestadas.

Empregador / Estipulante e carimbo

Empregado(a) / Segurado(a)

OBS: Anexar ao Termo de Opção, cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e/ou Concessão de aposentadoria
1046.0211.0802 - Dez.13

TERMO DE OPÇÃO À EXTENSÃO DE BENEFÍCIO DO SEGURO-SAÚDE/PLANO ODONTOLÓGICO EMPRESARIAL

Leia atentamente todos os itens abaixo antes de assinar:

Por meio do presente, declaro expressamente:

1. Estar ciente de que minha adesão a esta extensão de benefício do seguro-saúde/plano odontológico empresarial está, impreterivelmente, condicionada à assinatura deste Termo de Opção.
2. Ser esta adesão voluntária, espontânea e facultativa.
3. Ter conhecimento dos termos da Cartilha de Extensão de Benefício do Seguro-saúde/Plano Odontológico Empresarial **aos Beneficiários Contributários Demitidos ou Exonerados Sem Justa Causa e/ou Aposentados**, que a recebi juntamente com este Termo de Opção.
4. Que prestei todas as informações dispostas no artigo 11 da Resolução Normativa nº 279/11 ao Empregador.
5. Estar ciente de que receberei, mensalmente, o boleto de pagamento emitido pela SulAmérica, por conta e ordem do Empregador, e, que tenho que quitar em estabelecimento bancário o prêmio/mensalidade do seguro/plano de forma integral (ou seja, responsabilizando-me pelo pagamento da cota-parte do empregado e do empregador).
6. Que a SulAmérica, por intermédio do Estipulante/Empresa Contratante, promoverá minha exclusão do benefício, juntamente com todos os meus dependentes inscritos, caso não haja a quitação mensal do prêmio/mensalidade, no prazo previsto contratualmente, uma vez que sou integralmente responsável pelo pagamento. Nesse caso, meus direitos (e os dos meus dependentes) à extensão de benefícios do seguro-saúde /plano odontológico empresarial serão totalmente encerrados no último dia do mês pago. Declaro, ainda, ter ciência de que eventuais custos devidos pelas utilizações do presente seguro-saúde/plano odontológico, após minha exclusão e a de meus dependentes, serão passíveis de cobrança pelo Estipulante/Empresa Contratante ou pela SulAmérica.
7. Estar ciente de que as hipóteses seguintes poderão ensejar a extinção/exclusão do benefício: cancelamento do contrato de seguro-saúde/plano odontológico firmado entre o Estipulante/Empresa Contratante (empregador) e a SulAmérica; término do período de benefício previsto em lei; admissão do(a) beneficiário(a) titular em novo emprego e inadimplência da mensalidade.
8. Que autorizo, desde já, o Estipulante/Empresa Contratante e/ou a SulAmérica a solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória referente à minha permanência na extensão de benefício do seguro-saúde/plano odontológico empresarial, tais como: cópia da carteira de trabalho onde consta o último registro de empregado e a folha seguinte, comunicado de dispensa, dentre outros.
9. Ter ciência de que os reajustes estabelecidos nas condições gerais do contrato de seguro-saúde/plano odontológico, firmado entre o Estipulante/Empresa Contratante e a SulAmérica, serão aplicados, concomitantemente, na mensalidade referente à extensão de benefício do seguro-saúde/plano odontológico empresarial.

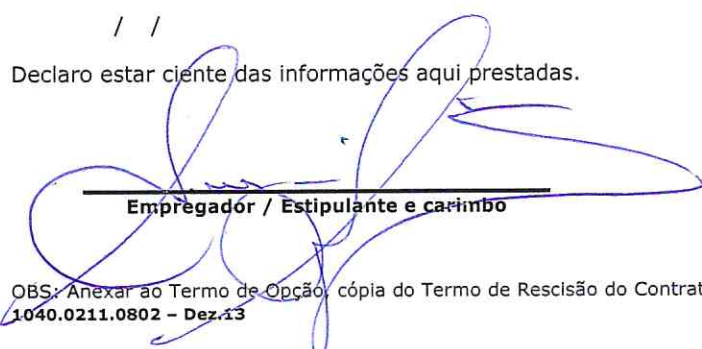
Permanência na Extensão de Cobertura (Demitido ou Exonerado sem justa causa e/ou Aposentado):

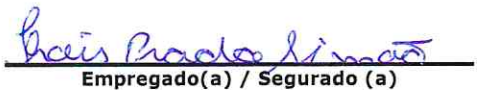
☐ **Desejo permanecer com a Extensão de Benefício do Seguro/Plano Empresarial com todo o Grupo Familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se houver.**

☐ **Desejo permanecer com a Extensão de Benefício do Seguro/Plano Empresarial com parte do Grupo Familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. Para esta opção informar nome e código do cartão de identificação do beneficiário que deve permanecer no seguro/plano no espaço abaixo.**

☐ **Não desejo permanecer com a Extensão de Benefício do Seguro/Plano Empresarial**

/ /
Declaro estar ciente das informações aqui prestadas.


Empregador / Estipulante e carimbo


Empregado(a) / Segurado (a)

Cronograma de Inclusão

I – Entrega de documentação no prazo

Mês "A"			Mês "B"		
Dia 01	Dia 10	Dia 30	Dia 01	Dia 10	Dia 30
Demissão					
Opção					
Entrega na seguradora/operadora					
Prazo máximo para opção					
			Início vigência		

No exemplo acima, a opção pela extensão do plano ocorreu no dia 1º do mês "A", no ato da demissão. A documentação foi entregue à seguradora/operadora até o dia 10 do mês "A" e a vigência se iniciou no dia 1º do mês "B".

II – Entrega de documentação no prazo, porém após o dia 10

Mês "A"			Mês "B"			Mês "C"
Dia 01	Dia 11	Dia 30	Dia 01	Dia 10	Dia 30	Dia 01
Demissão						
Opção						
	Entrega na seguradora/operadora					
Prazo máximo para opção						
						Início de Vigência

Neste exemplo a opção foi feita dentro do prazo legal (até 30 dias após o desligamento), porém em razão da documentação ser entregue à seguradora/operadora após o dia 10 do mês "A", a vigência só teve início no mês "C".

III – Início de vigência considerando acordo coletivo de trabalho

Mês "A"			Mês "B"			Período CCT	Mês "C"		
Dia 01	Dia 11	Dia 30	Dia 01	Dia 10	Dia 30				
Demissão						Ativo na apólice da empresa como ativo			
Opção									
Entrega seguradora/operadora									
Prazo máximo para opção									
							Início Vigência		

Mesmo com extensão da assistência à saúde/odontológica garantida por acordo coletivo de trabalho, a opção deve ocorrer até 30 dias após o desligamento e a documentação entregue até o dia 10 do mês seguinte à opção. Ao término do período estabelecido pelo acordo coletivo de trabalho, tem início a vigência do seguro/plano na condição de demitido/aposentado pelo tempo integral determinado por lei.

IV – Início de vigência com opção no último dia

Mês "A"		Mês "B"			Mês "C"			Mês "D"
Dia 30	Dia 01	Dia 10	Dia 30	Dia 01	Dia 10	Dia 30	Dia 01	
Demissão								
		Opção						
Prazo máximo para opção								
				Entrega Seguradora / Operadora				
							Início vigência	

Demonstramos acima situação em que o beneficiário fez a opção pela continuidade no plano no último dia do prazo estabelecido (até 30 dias após a demissão). A documentação foi entregue no prazo, ou seja até o dia 10 do mês seguinte - "C", e a vigência teve início no dia 1º (primeiro) do mês subsequente - "D".

OBS: Anexar cópia da carteira de trabalho onde consta o último registro de emprego e a folha seguinte (em branco) para comprovação de desemprego, bem como o Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho e/ou Concessão de Aposentadoria.