

Notificação comunicando os direitos de Permanência no Plano de Assistência Médica ou Odontológica após extinção do contrato de trabalho, nos termos do art.30 e 31 da lei 9.656/98 e da Resolução Normativa 279/2011 da ANS.

Caro(a) Sr(a) _____ CPF _____ número do cartão do plano de saúde _____, tendo em vista o encerramento do seu contrato de trabalho na data ____/____/_____, vimos por meio deste comunicado, em conformidade com o que dispõe o art. 10º da Resolução Normativa 279/2011 da ANS, informar que os empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, quando contributários com o pagamento do plano de saúde/odontológico durante a relação de emprego, possuem o direito de optar pela continuidade do benefício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o seu pagamento integral.

Desta forma, solicitamos que o(a) Sr(a), no prazo máximo de 30 dias, a contar do recebimento/conhecimento do presente comunicado, formalize sua opção ou não pela manutenção da condição de beneficiário do Plano de Assistência Médica ou Odontológica de que gozava, mediante o preenchimento de formulário próprio da empresa de assistência médica/odontológica que está em poder de sua ex-empregadora, e da apresentação dos documentos comprobatórios exigidos.

É importante saber:

Prazo de permanência:

- Para a condição de Demitidos: direito de permanecer com o benefício médico/dental pelo período equivalente a 1/3 (um terço) do tempo que tenha contribuído para a manutenção do plano de saúde, sendo no mínimo 06 meses e um máximo de 24 meses, desde que assumam o seu pagamento integral.
- Para a condição de Aposentados: direito de permanecer com o benefício médico/dental por prazo indeterminado, se contribuiu por no mínimo 10 (dez) anos, ou se o período de contribuição for inferior a 10 (dez) anos, direito de permanecer como beneficiário à razão de 1 (hum) ano para cada ano de contribuição, em ambas as hipóteses desde que assumam o seu pagamento integral.

Saúde Sim Ltda

CNPJ: 02.464.179/0001-63

Endereço: QNE 27, LT 24, LJ 01, Comercial Norte,
Taguatinga/DF, CEP 72.125-270

Telefone: 4090.1718 | SAC: 0800.602.3767

Obrigações:

- Assumir o pagamento do plano mensalmente à empresa de assistência médica/odontológica, pois em caso de atraso superior a 60 dias, contínuos ou não, o plano de saúde/odontológico será cancelamento;
- O custo da mensalidade será o valor integral do plano, composto pelo valor da contribuição mais a parte que até então cabia ao ex-empregador, ou de acordo com sua faixa etária, como previsto no contrato.
- Notificar a empresa de assistência médica/odontológica quando da admissão do titular em um novo emprego, o que acarretará no cancelamento do benefício;

Data do Conhecimento, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) ex-empregado(a)

¹ 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 co-participação ou franquia pagas apenas por conta da utilização das coberturas.

Saúde Sim Ltda

CNPJ: 02.464.179/0001-63

Endereço: QNE 27, LT 24, LJ 01, Comercial Norte,
Taguatinga/DF, CEP 72.125-270**Telefone: 4090.1718 | SAC: 0800.602.3767**