

DADOS CADASTRAIS

Eu: _____ CPF: _____

CEP: _____ - _____

Logradouro(Rua, AV): _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Participante no plano de saúde denominado _____

Contratado pela empresa _____

Ao solicitar a inclusão no plano de saúde na condição de inativo, TENHO CIÊNCIA QUE:

1. O direito a permanecer no plano de saúde se aplica exclusivamente ao demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado que comprovarem ter contribuído para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício; não sendo considerado para gerar o direito os valores desembolsados relacionados aos dependentes, bem como à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização do plano.

2. Ao inativo (demitido ou exonerado sem justa causa e ao aposentado) é assegurada a manutenção do benefício com as mesmas coberturas assistenciais (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos) de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, podendo manter os mesmos dependentes legais já cadastrados, desde que assuma perante a Operadora o pagamento integral das mensalidades, de acordo com o custo mensal previsto para cada faixa etária e coparticipações.

3. O beneficiário que desejar manter-se no plano de saúde coletivo deverá apresentar à Doctor Clin, em até 30 (trinta) dias da demissão ou aposentadoria e/ou pertinente comunicação sobre seu direito, a solicitação de inclusão na condição de inativo. Juntamente com a solicitação deverá apresentar os documentos a seguir, em original e cópia, para análise de cadastro e cômputo do tempo de permanência:

- Carteira de Trabalho e Previdência Social CTPS (capa com foto, dados pessoais, página do contrato, página seguinte em branco);
- Termo de rescisão contratual e/ou comunicação de Aviso Prévio;
- Comprovação de aposentadoria (se for o caso), por meio da carta de concessão do benefício;
- Comprovante de contribuição para o plano de saúde (contracheque do período em que contribuiu);
- Comprovante de residência atualizado, telefone e e-mail para contato.

3.1 Caso ocorra a sucessão de planos assistenciais, durante o mesmo contrato de trabalho, além dos documentos acima, o beneficiário que desejar aproveitar o tempo na antiga Operadora para cômputo no período de inativo deverá apresentar declaração daquela, com indicação do período da vigência contratual, plano contratado, número de registro do plano junto a ANS, segmentação assistencial, se havia contribuição dos funcionários e o tempo de permanência do beneficiário em questão e seus eventuais dependentes.

3.2 Dependendo da data da solicitação para a inclusão no plano de saúde na condição de inativo e, da data de exclusão como ativo (que será imediata a partir do recebimento do pedido na operadora), o ex-empregado poderá ficar alguns dias sem a cobertura assistencial do plano de saúde.

3.3 Se expirado o prazo de 30 (trinta) dias sem a entrega da solicitação e/ou dos documentos necessários, o ex-empregado perderá o direito de inclusão no plano de saúde coletivo na condição de beneficiário inativo.

3.4 É dever do beneficiário manter atualizado junto à Doctor Clin o endereço de correspondência, telefone e e-mail, além dos demais dados cadastrais, seus e de seus dependentes, comunicando ou comprovando as mudanças, quando for o caso, pelos documentos pertinentes.

4. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

5. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

5.1 O empregado aposentado que continua trabalhando no mesmo empregador pode continuar a gozar do benefício no plano de ativos até que se desligue completamente da empresa (pedido de demissão ou demissão com ou sem justa causa) quando deverá passar a gozar dos benefícios garantidos aos aposentados, nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

6. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

6.1 Durante o gozo do benefício, somente poderão ser incluídos na condição de dependente novo cônjuge e lhos, e os direitos destes corresponderão àqueles assegurados ao titular durante o período do benefício.

6.2 Em caso de falecimento durante o gozo do benefício será assegurado aos dependentes participantes do plano na data do óbito, a continuidade da cobertura, desde que respeitadas na íntegra as condições estabelecidas, tais como pagamento, preço e período do benefício restante.

7. No ato da solicitação da manutenção do benefício, na condição de inativo do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, a Doctor Clin apresenta ao beneficiário o valor integral correspondente ao custo por faixa etária de sua mensalidade e eventualmente de seus dependentes, a ser arcado integral e exclusivamente pelo ex-empregado, mesmo que inicialmente tenha havido preço único ou financiamento parcial do empregador referente às mensalidades.

7.1 O custo atual por faixa etária, conforme contrato é de: Titular R\$ _____ Soma dos dependentes R\$ _____ Total R\$ _____.

7.2 O beneficiário ao solicitar sua manutenção como inativo assume a total responsabilidade pelo pagamento direto à Doctor Clin, da importância mensal obtida pela soma dos valores das mensalidades e coparticipações, de acordo com a quantidade de beneficiários inscritos no plano e ao mesmo vinculados, através do boleto enviado para (e-mail) _____, ou via correio no endereço acima.

7.3 Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária de cada beneficiário, conforme contrato vigente entre o ex-empregador com a Operadora.

7.4 Caso o beneficiário não receba o documento que possibilite realizar o pagamento da sua mensalidade até o respectivo vencimento, deverá solicitar à Operadora, pelo e-mail faturamento@doctorclin.com.br ou sac@doctorclin.com.br, documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, para que assim não se sujeite a consequência da mora.

7.5 Ocorrendo impuntualidade no pagamento da mensalidade poderão ser cobrados juros de mora, correção monetária e multa pelo atraso, sem a exclusão de outras cobranças possíveis, conforme disposições contratuais.

7.6 Todas as disposições constantes no contrato coletivo empresarial, exceto pelas disposições não cabíveis, aplicam-se integralmente aos beneficiários inativos.

7.7 As estipulações pertinentes a inadimplência, suspensão e cancelamento contratuais, serão aplicadas igualmente aos beneficiários aposentados e demitidos do contrato, os quais sofrerão individualmente, ainda, as consequências em caso de inadimplência própria durante o período em que se mantiverem na condição de inativo.

7.8 O atraso individual do inativo, referente ao pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de participação no plano na condição de ex-empregado, implicará, na suspensão total dos atendimentos e na exclusão, sua e de seus respectivos dependentes, do plano, sem qualquer possibilidade de reinclusão. Além disso, os valores devidos poderão ser cobrados na via judicial ou extrajudicialmente, bem como poderá haver a inscrição nos cadastros de proteção ao crédito.

7.9 Eventuais pagamentos realizados por meio de transferência ou de depósito bancário em conta da Doctor Clin SEMPRE deverão ser informados e comprovados, presencialmente na sede da CONTRATADA ou pelo e-mail financeiro@doctorclin.com.br, afim de que os débitos possam ser identificados e realizadas as baixas dos respectivos títulos ou pendências. Transferências ou depósitos não comprovados não podem ser reconhecidos, conseqüentemente não poderão ser vinculados aos títulos em aberto, não cabendo eventual responsabilização da Operadora pela manutenção dos débitos ou pendências no caso de inércia do beneficiário.

8. Os reajustes dos valores devidos se darão anualmente, nos termos da regulamentação vigente e do contrato coletivo celebrado entre a empresa ex-empregadora e a Doctor Clin. Além destes reajustes anuais, a mensalidade poderá sofrer aumento em decorrência de cada mudança de faixa etária, sempre que o beneficiário atingir uma das faixas etárias pré-definidas no contrato.

9. A perda do direito de manutenção no plano de saúde na condição de beneficiário inativo ocorrerá:

a) pelo decurso do prazo previsto para a manutenção do benefício, o qual constará descrito nos boletos mensais enviados ao beneficiário;

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

c) pela extinção do contrato coletivo empresarial e/ou pelo cancelamento por parte do empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c/c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Assim, ciente dos direitos e deveres inerentes à permanência no plano na condição de inativo e por ser a livre expressão de minha vontade, **OPTO pelo exercício do direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação vigente nesta data, apresentando os documentos necessários para manter a minha condição de beneficiário e dos dependentes a mim vinculados, indicados no quadro abaixo:**

RELAÇÃO DE DEPENDENTES		Data de nascimento	Parentesco*
01	Nome: _____ CPF: _____	/ /	A() B() C()
	Nome da mãe: _____		D() E() F()
02	Nome: _____ CPF: _____	/ /	A() B() C()
	Nome da mãe: _____		D() E() F()
03	Nome: _____ CPF: _____	/ /	A() B() C()
	Nome da mãe: _____		D() E() F()
04	Nome: _____ CPF: _____	/ /	A() B() C()
	Nome da mãe: _____		D() E() F()

* A – Esposo(a) | B – Companheiro(a) | C – Filho(a) | D – Enteado(a) | E – Neto(a) | F – Tutelado(a)

A manutenção do benefício está condicionada ao correto preenchimento das informações se a entrega desta solicitação, juntamente com os documentos pertinentes, na Doctor Clin.

Local e data: _____, ____/____/____

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do Beneficiário Titular

Recebimento Doctor Clin | Nome/carimbo