| DECLARAÇÃO DE OPÇÃO AO PLANO DE CONTINUIDADE À ASSISTÊNCIA MÉDICO- HOSPITALAR SEPACO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO EX-EMPREGADO DESLIGADO | | | | | | | | | | | DATA DE NASCIMENTO  \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ | | | | | |  |  | | --- | --- | | IDADE | **PIS** | |  |  | | | | | |
| R.G. | | | CPF | | | NOME DA MÃE | | | | | | | | | | | | | | |
| GÊNERO ( ) MASCULINO ( ) FEMININO | | | | | | | | ESTADO CIVIL ( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) VIÚVO(A)  ( ) SEPARADO(A) ( ) DIVORCIADO(A) | | | | | | | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO  \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | | | | DATA DO DESLIGAMENTO  \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_  DATA FIM AVISO PRÉVIO  \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | INÍCIO DA PARTICIPAÇÃO NA CONTRIBUIÇÃO (Quando em atividade) TOTAL DE MESES:  DE \_\_\_/\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ATÉ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | | | | MOTIVO DO DESLIGAMENTO  DEMISSÃO JUSTA CAUSA: ( ) SIM ( ) NÃO  ( ) APOSENTADORIA | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | | | | | | | | | | Nº | | | | | COMPLEMENTO | |
| BAIRRO | | CIDADE | | | UF. | | | | CEP | TELEFONE  ( ) - | | | | | | | CELULAR  ( ) - | | | |
| **E-MAIL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DEPENDENTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEP | NOME | | | | NOME DA MÃE | | | | | | | NASC. | GÊNERO | | | PAREN | | RG | | CPF |
| 1 |  | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| 2 |  | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| 3 |  | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| 4 |  | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| 5 |  | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| 6 |  | | | |  | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| PARENTESCO: CÔNJUGE – 01 COMPANHEIRO - 02 FILHO - 03 FILHO UNIVERSITÁRIO - 04 OUTRO - 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE/OPÇÃO**

Tendo conhecimento da lei nº 9656/98, nos seus artigos 30 e 31 e a RN 488/22 e considerando a minha participação no custeio do pagamento da contribuição da assistência médica, enquanto funcionário ativo, sendo de minha inteira responsabilidade esta comprovação, fornecendo ao **SEPACO** todos os documentos necessários que este solicitar, exceto a co-participação em procedimentos. Estando no prazo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador ou da comunicação da aposentadoria, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado resolvo:

* **1 - Desistir imediatamente da condição de beneficiário no plano de assistência à saúde**; Para tanto, devolvo neste instante a minha carteirinha de identificação, bem como as de todos os meus dependentes e agregados, se houver.
* **2 - EX-FUNCIONÁRIO –** Como contribuintepara o plano de assistência à saúde, enquanto funcionário ativo, e rescindindo o contrato de trabalho, sem justa causa, permanecerei temporariamente como beneficiário**,** pelo prazo de um terço do tempo de permanência em que contribuí no custeio da assistência médica, com o mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses, de acordo com o § único, art. 4º da RN 488/22 e § 1º do art. 30 da Lei 9656/98, correspondendo ao período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, comprometendo-me a efetuar o pagamento da Contribuição Mensal Integral, correspondente ao valor da minha faixa etária e dos meus dependentes legais, conforme o valor da **Tabela de Contribuição,** vigentena ocasião do pagamento.Toda e qualquer alteração na tabela de contribuição da ex-empregadora, será automaticamente atualizada nesta relação de continuidade de benefício pós emprego.
* **3 - APOSENTADO COM MENOS DE DEZ ANOS DE CONTRIBUIÇÃO -** Como contribuintepara o plano de assistência à saúde, enquanto funcionário ativo, e rescindindo o contrato de trabalho, permanecerei, como beneficiário aposentado, no plano de assistência à saúde,pelo prazo de um ano para cada ano de participação na contribuição, correspondente ao período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, respeitando o disposto no § único, art. 5º da RN 488/22 e § 1º do art. 31 da Lei 9656/98, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, comprometendo-me a efetuar o pagamento da Contribuição Mensal Integral, correspondente ao valor da minha faixa etária e dos meus dependentes legais, conforme o valor da **Tabela de Contribuição,** vigente naocasião do pagamento.Toda e qualquer alteração na tabela de contribuição da ex-empregadora será automaticamente atualizada nesta relação de continuidade de benefício pós emprego.
* **4 - APOSENTADO COM MAIS DE DEZ ANOS DE CONTRIBUIÇÃO -** Como contribuintepara o custeio do plano de assistência à saúde, pelo prazo superior a dez anos, conforme o artigo 31, Lei nº 9656/98, enquanto funcionário ativo, e rescindindo o contrato de trabalho, permanecerei como beneficiário aposentado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, comprometendo-me a efetuar o pagamento da Contribuição Mensal Integral, correspondente ao valor da minha faixa etária e dos meus dependentes legais, conforme o valor da **Tabela de Contribuição,** vigentena ocasião do pagamento.Toda e qualquer alteração na tabela de contribuição da ex-empregadora será automaticamente atualizada nesta relação de continuidade de benefício pós emprego.

**REGRAS PAGAMENTO E CANCELAMENTO AUTOMÁTICO**

1. O vencimento dos boletos será todo 5º dia útil de cada mês.
2. O atraso no pagamento da contribuição mensal ocasionará suspensão de atendimento.
3. A cobertura será cancelada após 30 dias de atraso, consecutivos ou não, dentro de um período de 12 meses de vigência.

**CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS**

Tenho ciência que meu direito, conforme o art. 30 ou 31, da Lei 9656/98, será extinto nas seguintes situações:

1. Minha admissão em um novo emprego;
2. Pelo não pagamento da Contribuição Mensal Total, dentro dos prazos que estão previamente estabelecidos;
3. Pelo término do período previsto na opção assinalada, respeitando o disposto no § 1º dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
4. Pelo cancelamento do Contrato da Empresa Contratante/Associada com o SEPACO.
5. Por vontade própria, mediante pedido formalizado à operadora, com esclarecimentos atraves dos canais de atendimento.

**DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

1. Estou ciente e concordo com as condições contratuais firmadas entre Contratante e Contratada.
2. Os custos gerados pela utilização indevida do plano de assistência à saúde, após a perda da condição de beneficiário, minha e/ou de meu(s) dependente(s), serão de minha inteira responsabilidade.
3. A contribuição mensal por Beneficiário da empresa será calculada com base nos custos da sua população e faixa etária.
4. Comprometo-me ainda, a informar imediatamente o SEPACO, a minha admissão em um novo emprego, assim como a maioridade, emancipação, separação ou óbito de qualquer membro do meu grupo familiar, caso em que efetuarei a devolução imediata da(s) respectiva(s) carteirinha(s) da identificação.
5. Autorizo a ex-empregadora e/ou operadora a solicitar documentação comprobatória, a qualquer tempo, com a finalidade de comprovar o direito de permanência do plano na condição de ex-empregado.
6. Os beneficiários que estavam cumprindo carência ou em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT na data da rescisão do contrato de trabalho cumprirão os períodos remanescentes neste plano

**TABELA DE CONTRIBUIÇÃO SUZANO**

***VALOR POR FAIXA ETÁRIA***

***\* Preenchimento obrigatório dos valores de todas as Faixas Etárias no formulário.***

**OPÇÃO DE PLANO: ( ) Empresarial 1 – Enfermaria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FAIXA ETÁRIA** | **Nº VIDAS** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
| ATÉ 18 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 19 A 23 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 24 A 28 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 29 A 33 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 34 A 38 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 39 A 43 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 44 A 48 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 49 A 53 ANOS |  | R$ | R$ |
| DE 54 A 58 ANOS |  | R$ | R$ |
| MAIS DE 59 ANOS |  | R$ | R$ |
| **TOTAL Nº VIDAS:** | | **VALOR TOTAL: R$** | |

1. A Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), no link: <http://www.sepacoautogestao.org.br/beneficiarios> com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ASSINATURA DO EX-EMPREGADO |  | ASSINATURA DA EMPRESA  **(sob carimbo)** |

**DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INCLUSÃO NO PLANO DE EX-FUNCIONÁRIOS:**

1. RG: titular (obrigatório) e dependente (se houver)
2. CPF:titular (obrigatório) e dependente (se houver)
3. Certidão de nascimento: dependentes sem emissão do RG (se houver)
4. Certidão de casamento (se houver) ou Declaração Pública de União Estavél
5. Cetidão óbito (no caso da opção 6)
6. Comprovante de residência com CEP em nome do titular ou declaração de residência com firma reconhecida em cartório (obrigatório)
7. Últimos três comprovantes de salário da empresa com a contribuição de assistência médica
8. Carteira profissional: pag. identificação, qualificação civil, contrato de trabalho e anotações gerais
9. Carta de Concessão de Aposentadoria (no caso de aposentados)

***Enviar cópia dos documentos acima, com a via original do Formulário (via Operadora)***