

**TERMO DE COMUNICAÇÃO AO EMPREGADO APOSENTADO SOBRE O DIREITO PREVISTO NO  
ART. 31, DA LEI Nº. 9.656/98 E RN Nº. 279/2011**

Em atendimento à RN 279/2011, a **EMPRESA** abaixo firmada vem informar na presente data ao empregado abaixo identificado, aposentado, que contribuiu para plano coletivo empresarial regulamentado, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades e opte pelo exercício desse direito junto à HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de recebimento deste Termo de Comunicação.

Assim, para o exercício do referido direito, através do seu ingresso no **PROGRAMA DE APOSENTADOS E DEMITIDOS (PAD)** da Operadora, fica o referido empregado aposentado, plenamente ciente de que:

I - Deverá comparecer ao Setor de Cadastro da Operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da presente comunicação, para ingressar no PROGRAMA DE APOSENTADOS E DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA - PAD, munido da seguinte documentação:

- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência;
- Cópia da Rescisão homologada do Contrato de Trabalho, carimbada pela empregadora e devidamente assinada pela empregadora e pelo empregado;
- Cópia das páginas de Identificação ( **Foto / Assinatura e dados** ), da Página da Baixa do Contrato de Trabalho, da Página subsequente à baixa e, **caso tenha alguma ressalva**, das páginas de Anotações Gerais, da Carteira de Trabalho do beneficiário;
- Este Termo de Comunicação ao Beneficiário devidamente preenchido, datado, assinado pelo beneficiário e carimbado pela Empresa;
- **Cópia dos 03 (três)** últimos Contra-cheques ou Declaração de Contribuição emitida pela Empresa comprovando que o ex-funcionário contribuía com a mensalidade do seu plano bem como com a do(s) dependente(s);
- Carta de Concessão da Aposentadoria emitida pelo INSS.

Caso o ex-empregado tenha dependentes inscritos no plano, apresentar, ainda:

- RG e CPF dos dependentes maiores de idade;
- Certidão de nascimento dos dependentes menores e CPF (caso já possua);
- Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável quando o dependente for cônjuge ou companheiro.

II - Deverá assumir o pagamento integral do plano junto à Operadora, de acordo com a tabela de valores do plano de inativos contratado por esta empresa junto à mesma.

III - A manutenção do direito deverá ser realizada nas mesmas condições de cobertura assistencial do plano ao qual fazia parte antes de seu desligamento: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver.

IV - A manutenção da condição de beneficiário é extensiva a todo o grupo familiar já inscrito no contrato, podendo ser exercida somente pelo ex-empregado e parte do seu grupo familiar.

V - Só poderão ser inscritos no PAD novo cônjuge e novos filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa durante o período de manutenção da sua condição de beneficiário.

VI - O período de manutenção da sua condição de beneficiário será de 1 (um) ano para cada ano de contribuição para o plano, ou seus sucessores, ou por tempo indeterminado, se tiver contribuído por, no mínimo, 10 (dez) anos.

VII - O direito assegurado se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

A - pelo decurso do prazo previsto no item VI;

B - pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

C - pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

Ademais, o usuário não optando pelo o exercício do direito ao ingresso no **PROGRAMA DE APOSENTADOS E DEMITIDOS (PAD)** da Operadora, fica o referido empregado demitido/exonerado sem justa causa, plenamente, ciente de que poderá realizar a Portabilidade nos moldes da RN 438/2018, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da presente comunicação, devendo solicitar a análise da Portabilidade de Carências para o ingresso em outro plano ofertado por esta Companhia ou outra Operadora de sua escolha.

**Nome do Beneficiário:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Código:** \_\_\_\_\_

**Opto pela continuidade do meu plano**

**Opto pela não continuidade e encerramento do meu plano**

**Local e data do Recebimento deste Termo de Comunicação:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do Beneficiário:** \_\_\_\_\_

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**NOME DA EMPRESA**  
**CNPJ**  
**CARIMBO**