**LOGOTIPO DO ESTIPULANTE**

**Data de Protocolo do Recebimento**

**da Carta pelo Ex-Empregado:**

**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_ (Assinatura do Ex-empregado/Titular)*

*Local e Data* \_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_ .

Sr(a).: *Nome completo do ex-empregado*

Data do Desligamento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

**SEGURO - SAÚDE**

Tendo em vista seu desligamento desta Empresa na data acima identificada, e de acordo com o disposto na **Lei nº 9.656/1998** e na **Resolução Normativa RN n° 279/2011** e suas atualizações publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, valemo-nos da presente para oferecer-lhe a opção de permanência no seguro-saúde contratado com a BRADESCO SAÚDE, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo prazo de vigência e condição abaixo especificados, obedecidas as condições do Contrato de Seguro firmado entre esta empresa e a BRADESCO SAÚDE.

**Condição: ( ) Aposentado ( ) Demitidos sem justa causa ( ) Aposentado que continuou trabalhando**

**Prazo de Vigência:** \_\_\_\_\_\_\_ (número de meses), a partir de \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (data do início do benefício), observado o disposto no item 8 da Declaração que integra esta correspondência.

Sendo assim, solicitamos que formalize a sua opção, preenchendo o(s) quadro(s) adiante e devolva uma via desta, devidamente datada e assinada para esta empresa em até 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento desta carta, impreterivelmente.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Assinatura e Carimbo da Empresa)*

**EM RELAÇÃO AO SEGURO-SAÚDE CONTRATADO COM A BRADESCO SAÚDE E** **TENDO CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES E COBERTURAS PARA DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS, DECLARO A MINHA OPÇÃO DE**

( ) **PERMANECER no seguro-saúde, como titular,** e **MANTER** **os dependentes listados abaixo**:

Dependente 1:(nome Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data Nasc.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da Mãe do Depen.1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependente 2:(nome Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data Nasc.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da Mãe do Depen.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependente 3:(nome Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data Nasc.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da Mãe do Depen.3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependente 4:(nome Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data Nasc.: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da Mãe do Depen.4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependente 5:(nome Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data Nasc.: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome da Mãe do Depen.5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **PERMANECER no seguro-saúde, como titular, e NÃO MANTER** **dependentes**.

**( ) SER EXCLUÍDO do seguro-saúde, juntamente com todo meu grupo familiar de forma** **irrevogável e irretratável** .

**DECLARAÇÃO**

**Declaro ter ciência e concordar com as condições abaixo:**

1. Sou responsável, a partir da data de início de vigência acima especificada, pelo **pagamento integral do prêmio de meu seguro- saúde e de meus dependentes listados acima**.
2. Deverei **manter atualizado**, junto à empresa os meus **dados cadastrais** (endereço completo, fone).
3. Não poderei, durante o tempo de vigência, **mudar de padrão de plano;**
4. **A cobertura do seguro-saúde será suspensa em caso de atraso no pagamento por período superior a 30 (trinta) dias;**
5. **O seguro-saúde será cancelado, de forma definitiva e irreversível, quando uma das mensalidades permanecer pendente de pagamento pelo prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não**, **no período de 12 (doze) meses;**
6. A minha relação com o Seguro Saúde Bradesco está condicionada à manutenção da apólice para os funcionários ativos;
7. Tenho conhecimento do valor integral do prêmio de meu seguro-saúde, bem como da forma e periodicidade de reajuste desse valor, que terá como data-base o mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(mês de reajuste do contrato)* em conformidade com as cláusulas de reajuste previstas no contrato;
8. **Meu direito de manutenção no seguro saúde, bem como o de meus dependentes, se extingue após decorrido o prazo de vigência especificado acima, ou antes disso caso ocorra uma das seguintes hipóteses:**
9. **Quando da minha admissão em novo emprego, considerando-se qualquer novo vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.**
10. **Quando do cancelamento, pela empresa, do seguro de assistência à saúde oferecido aos seus empregados ativos e ex-empregados.**
11. **Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;**
12. **Em caso de infrações ou fraudes comprovadas; ou**
13. **Por minha solicitação formal ao Estipulante.**
14. É de minha responsabilidade informar à empresa tão logo eu seja admitido em novo emprego ou qualquer outro vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
15. Recebi, tomei conhecimento e concordo com as condições estabelecidas no Manual do Segurado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Local e Data) (Assinatura do Ex-empregado/segurado titular)*