**TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – ART.
30 E 31 DA LEI 9.656/98**

Eu, _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado: _____
_____, N° _____ Compl. _____ Bairro: _____
Cidade de _____, UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____, Telefone: _____,
beneficiário do plano _____,
registro ANS nº _____, contratado por minha empregadora
_____ declaro,
de livre e espontânea vontade:

Ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no plano em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a Contratante, em decorrência de minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Não ter interesse na manutenção da minha condição de beneficiário no plano em epígrafe, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício ou estatutário com a Contratante, em decorrência de minha demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Declaro também que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado dos seguintes beneficiários dependentes já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho:

Declaro, por fim, estar ciente de que, para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, assumirei as responsabilidades financeiras definidas no contrato/regulamento do Plano em que serei mantido e na legislação aplicável, principalmente na que se refere à Resolução Normativa – RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, editada pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, estando ciente, inclusive, das regras de inadimplência, suspensão e cancelamento desde benefício.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário: _____

Matrícula nº: _____