TERMO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO EM PLANO DE SAÚDE – DEPENDENTE DE FALECIDO/PENSIONISTA

Eu, _____ CPF nº _____

residente e domiciliado na _____

_____

beneficiário do(s) plano(s) de saúde ofertado(s) pela COPASS SAÚDE e conveniado(s) por minha empregadora COPASA - MG, declaro, de livre e espontânea vontade:

☐ **TER INTERESSE** na manutenção da minha condição de beneficiário no(s) plano(s) de saúde assinalado (s) abaixo, imediatamente após a perda de meu vínculo empregatício com a empregadora:

PLANO DE SAÚDE MÉDICO
☐ **Copass Completo Assistidos** – registro ANS nº 472.778/14-9 ☐ **Copass Ambulatorial** – registro ANS nº 469.384/13-1 ☐ **Copass Completo Dependente Familiar** – registro ANS nº 490.715/21-9
PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO
☐ **Copass Odonto Básico** – registro ANS nº 470.054/13-6 ☐ **Copass Odontológico Pleno** - registro ANS nº 472.776/14-2

☐ **DECLARO EXPRESSAMENTE NÃO TER INTERESSE** na manutenção da minha condição de beneficiário, após a perda de meu vínculo empregatício com a empregadora, no(s) seguinte(s) plano(s) de saúde. **Descreva o nome do(s) plano(s):**_____

_____

Declaro também que é de meu interesse exercer o direito de manutenção acompanhado dos seguintes beneficiários dependentes e dependentes especiais já inscritos quando da vigência de meu contrato de trabalho. **Descreva o nome dos dependentes que serão mantidos**:

_____

_____

_____

Declaro, ainda, estar ciente de que, para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, assumirei integralmente as responsabilidades financeiras definidas no Regulamento do(s) plano(s) de saúde em que serei mantido e na legislação que seja aplicável, estando ciente, inclusive, das regras de inadimplência, suspensão e cancelamento deste benefício.

Belo Horizonte _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário:_____

Matrícula nº: _____ Email: _____

Telefones de contato: _____

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5800 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8