

DECLARAÇÃO

████████████████████, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº ██████████, com sede na ██████████
████████████████████ Cep: ██████████, DECLARA para todos os fins de direito, e especialmente em cumprimento ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, que informou no dia ██████████ ao seu ex-empregado ██████████ inscrito no CPF ██████████ beneficiário do plano de saúde da Unimed Vitória sob o código ██████████, que ele tem 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 assumisse o pagamento integral do plano de saúde. DECLARA, também, que esclareceu ao ex-empregado que a manutenção da cobertura assistencial é extensiva a todo grupo familiar inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho. DECLARA, ainda, que o ex-empregado foi informado de que dispõe de 30 (trinta) dias, contados do dia ██████████, para manifestar, por escrito, o interesse em exercer o direito legal de manutenção do plano de saúde, mediante o preenchimento do "Termo de Opção de Manutenção no Plano de Saúde de Inativos" e juntando o comprovante de endereço para envio da cobrança das contraprestações pecuniárias do plano de saúde. DECLARA, por fim, que o ex-empregado foi avisado que caso não se manifeste no prazo de 30 (trinta) dias será entendido que ele não tem interesse em continuar com o plano de saúde.

Vitoria, ██████████

(Local)

(Data)