

TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA**ÓBITO DO TITULAR**

Titular: _____ Código: _____

Data de óbito do titular: ____/____/____

Instituição: UFRN IFRN Conveniada: _____**Beneficiário com interesse de permanência:**

Beneficiário: _____ Código: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

DECLARO para os devidos fins que do meu interesse em usufruir do direito de permanecer com a assistência médica da CAURN, nos termos e limites dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e da Resolução Normativa – RN ANS Nº 279, de 24 de Novembro de 2011 e suas atualizações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

DECLARO estar ciente de que ao optar pela continuidade do plano:

1. Somente terei direito à permanência na CAURN se tiver comprovadamente fazendo parte do plano até a data do óbito do titular;
2. Tenho até 30 (trinta) dias da assinatura deste Termo para optar pela continuidade no plano na condição de inativo, e uma vez expirado este prazo perderei o direito garantido;
3. O período de permanência no plano de inativos será por período indeterminado;
4. Assumirei a responsabilidade pelo pagamento integral da minha junto à CAURN, por meio de débito em conta ou boleto bancário digital;
5. Se eu não receber a fatura/boleto até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverei providenciar sua geração
 - 5.1. O vencimento da contribuição mensal ocorre no dia 5 (cinco) de cada mês, que corresponde à contribuição do mês em curso; via site ou aplicativo, ou solicitá-la diretamente na CAURN;
 - 5.2. Fico ciente, que os boletos/faturas são enviados exclusivamente no formato de Boleto Digital.



6. A impontualidade no pagamento das mensalidades ensejará juros de mora na razão de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) calculados diariamente mais multa de 2% (dois por cento) após o vencimento;
7. A inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, poderá provocar a suspensão do atendimento e/ou minha exclusão definitiva e do meu grupo familiar do plano, que será previamente notificada até o quinquagésimo dia de inadim-plência, sem prejuízo do direito da CAURN de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as consequências da mora, e a devida inscrição nos cadastros de proteção ao crédito;
8. Todos os valores devidos por parcelas das mensalidades, das coparticipações, ou quaisquer outras despesas decorrentes do plano são de minha inteira responsabilidade e constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após a minha exclusão do plano e do meu grupo familiar;
9. O Dependente ou Agregado que fizer a opção de permanência junto a CAURN após o falecimento do titular manterá a mesma condição de Dependente ou Agregado, na forma dos regulamentos e estatuto da CAURN.

Após ter tomado conhecimento de todos os direitos e deveres inerentes à permanência no plano na condição de inativo, e por ser a livre expressão de minha vontade, OPTO pela continuidade no plano na condição de inativo.

IMPORTANTE: Apenas será aceita a condição de permanência na apresentação dos seguintes documentos:

- ✓ Termo de ciência do direito de permanência no plano – Óbito do Titular;
- ✓ Cópia da Certidão de Óbito do Titular;
- ✓ Comprovante de endereço;
- ✓ Cópia do RG e CPF de todos os beneficiários.

Natal, ____ de _____ de _____.

Assinatura do titular

CAURN

