

BENEFICIO FAMÍLIA

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes adiante qualificadas assinam este Contrato, incluindo em favor dos beneficiários regularmente inscritos no contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, firmado entre as partes em 18 de fevereiro de 2009, o **BENEFÍCIO FAMÍLIA** que será regido pelas seguintes Cláusulas e Condições:

CONTRATANTE: SINDICATO DOS ENGENHEIROS NO ESTADO DO PARANÁ – inscrita no CNPJ 76.684.828/0001-78, já qualificada no contrato ora aditado, adiante representada por seus diretores que ao final assinam;

CONTRATADA: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, Cooperativa de 2º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 200/79, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 312720, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000023 -1 e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78339439/0001-30, com sede na Rua Antonio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba/PR, CEP-82.530-450, tel.: (0XX41) 3219-15-00, neste ato representada por seus Diretores...

BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF)

1 - O BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) é um plano de benefícios instituído em favor dos beneficiários dependentes, descritos no item 4 do presente, regularmente inscritos no plano de saúde da CONTRATANTE, para que possam gozar, sem ônus, dos serviços médico-hospitalares previstos no plano de saúde originário da CONTRATANTE, pelo prazo máximo de 5 (cinco) anos, desde que atendidas as condições previstas neste contrato, depois do óbito do beneficiário titular.

2 – O período máximo de fruição será de 5 (cinco) anos, contado a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito do beneficiário titular, desde que cumprido o período de carência mínimo de 06 (seis) meses, para os dependentes inscritos no plano originário na mesma data do beneficiário titular, contados a partir da regular inscrição do titular naquele ou, quando houver troca de plano, com ampliação de cobertura, a partir da data de inscrição do titular no novo plano originário e, será de 12 (doze) meses contados da inscrição de cada dependente no plano originário,

SAC 0800 41 4554
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 7009

para os beneficiários inscritos em data posterior a data de inscrição do beneficiário titular.

3 – Prevalecerão, para fins de utilização do BENEFÍCIO FAMÍLIA, as carências e restrições de cobertura contidas no contrato originário de assistência médico hospitalar ao qual pertenciam os beneficiários dependentes.

4 - Consideram-se dependentes aptos a participarem do BENEFÍCIO FAMÍLIA, somente os seguintes dependentes:

- a) Cônjuge ou companheiro(a);
- b) Filhos (as) solteiros (as) até 24 anos.

4.1 O filho nascido após a inscrição do beneficiário titular deverá ser inscrito no prazo de 30 dias, contados do seu nascimento, sob pena de cumprimento de carência de 12 (doze) meses para fins de concessão do presente benefício.

4.2 O beneficiário titular que se casar após sua inscrição no Benefício Família terá 30 dias, a partir da data do casamento, para inscrever o seu cônjuge, sob pena de cumprimento da carência de 12 (doze) meses para fins de concessão do presente benefício.

4.3 O dependente que nascer após o óbito do titular terá direito ao Benefício Família, desde que estejam vencidas as carências do titular e a gestação tenha ocorrido enquanto o beneficiário titular estava vivo.

5 – NÃO HAVERÁ CONCESSÃO DO BENEFÍCIO FAMÍLIA PARA OS DEPENDENTES:

- a) se o falecimento do beneficiário titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses contados da sua inscrição no plano de saúde da CONTRATANTE;
- b) que não cumpriram os 12 (doze) meses de carência, prevista no item 2, caso sua inscrição no plano de saúde da CONTRATANTE tenha ocorrido posteriormente a do titular.
- c) que não apresentarem os documentos exigidos para fins de concessão deste benefício.

6 – Perderá imediatamente o direito ao Benefício Família o dependente que, no curso do prazo máximo de 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência, estabelecida no plano originário firmado pela CONTRATANTE.

SAC 0800 41 4554
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

7 - O direito ao gozo do benefício fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, do Atestado e Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

8 - Os cartões de identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídas pela identificação pessoal do Benefício Família, caso preenchidas as condições para concessão deste benefício, estando definitivamente canceladas as inscrições dos dependentes no plano de saúde da CONTRATANTE, a contar da data do falecimento do titular.

9 - O direito à utilização do Benefício Família, pelos dependentes descritos no item 4 do presente, prevalecerá no município onde estes residam, ou aonde venham a fixar residência, desde que na área de ação uma cooperativa do sistema Unimed.

10 – Vencido o período máximo de 05 (cinco) anos de fruição do Benefício Família, este será cancelado pela CONTRATADA e os beneficiários dependentes nele inscritos poderão adquirir novo plano de saúde junto à CONTRATADA, com isenção de carências para as coberturas existentes, desde que no prazo máximo de 30 dias, respeitadas as tabelas de comercialização vigentes na data da contratação.

11 – A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por beneficiário inscrito no seu plano de saúde, a título de mensalidade o Benefício Família, os seguintes valores:

a) Na modalidade Enfermaria, a importância de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos);

b) Na modalidade Apartamento, a importância de R\$ 3,00 (três reais).

11.1 – As mensalidades referentes ao Benefício Família serão cobradas juntamente com as mensalidades do contrato do plano de saúde.

12 – A CONTRATANTE compromete-se a disponibilizar aos beneficiários que tenha interesse, uma cópia do presente contrato.

13 – Fica eleito o foro do município de Curitiba o competente para dirimir eventuais divergências quanto aos termos do presente contrato.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Curitiba, 01 de maio de 2010.


Dr. Faustino Garcia Alferez
Diretor de Mercado
Unimed do Estado do Paraná


Dr. Robertson D'Agno
Diretor Vice Presidente
Unimed do Estado do Paraná

**UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS
COOPERATIVAS MÉDICAS**

SINDICATO DOS ENGENHEIROS NO ESTADO DO PARANÁ

Testemunhas:


Evandro Lucas de Barros
RG: 6.211.237-9 / PR


José Gouvea
RG: 862.908 / PR