

REQUERIMENTO DE ADESÃO DE DEPENDENTE À ASSISTÊNCIA À SAÚDE-FUNBEN

MANIFESTO MINHA OPÇÃO PELA ADESÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRESTADA PELO GOVERNO DO ESTADO/FUNBEN DO (S) DEPENDENTE(S) RELACIONADO(S)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

1. NOME: _____ 1.2 CPF: _____
1.3. RG: _____ 1.4 DATA NASC.: ____ / ____ / ____ 1.5 ESTADO CIVIL: _____
2. ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: _____
3. CARGO/FUNÇÃO _____ 3.1 MATRÍCULA _____
4. ENDEREÇO _____ 4.1 CEP _____
4.2. CIDADE _____ 4.3. ESTADO _____
4.4. TELEFONE: Cel. _____ Res. _____ 4.5. E-MAIL _____

SEGURADO ATIVO

APOSENTADO

CONTRATADO LEI Nº 6.915/97

DECLARO estar ciente do que dispõe a Lei nº 7374/99, alterada pela Lei nº 10.079/2014.

A Assistência à Saúde fica condicionada à adesão ao Fundo de Benefícios dos Servidores do Estado do Maranhão - FUNBEN, nas seguintes condições:

1. A Assistência à saúde será custeadas com a contribuição de 3%, calculada sobre o salário-contribuição do segurado ativo, do aposentado e do pensionista, observado o valor máximo de contribuição de R\$ 420,00(quatrocentos e vinte reais), acrescida do percentual de 1%, para cada um dos dependentes inscritos, calculado sobre a mesma base de cálculo do segurado.

2. A Assistência à saúde compreende: serviços médicos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos.

3. Carência:

3.1 Não será exigida carência quanto ao atendimento à assistência à saúde:

• aos atuais contribuintes do FUNBEN;

• ao segurado ativo, ao aposentado e ao pensionista, cuja vinculação ao serviço público seja anterior à publicação da Lei nº 10.079, de 09/05/2014, e que nunca tenha contribuído para o FUNBEN, desde que recolha a sua contribuição e a contribuição patronal, do período máximo de carência 90(noventa) dias;

• aos dependentes dos segurados que venham a ser inscritos até 60(sessenta) dias da data da publicação da Lei nº 10.079, de 09/05/2014;

• ao servidor efetivo que aprovado em concurso público, faça sua opção no momento de sua posse, para contribuir para o FUNBEN, ou em até 30(trinta) dias após a sua posse.

3.2. Exigência de carência:

• 24 horas para os atendimentos de urgência e emergência;

• 60(sessenta) dias para consultas ambulatoriais eletivas, exames e procedimentos odontológicos;

• 90(noventa) dias para cirurgias e internações.

3.3. O segurado que optar pelo retorno da prestação à assistência à saúde, após exclusão opcional da contribuição ao FUNBEN, será exigido o prazo de carência constante no item 3.2.

4. Os servidores ativos, que não desejarem permanecer vinculados à assistência à saúde, deverão manifestar-se pela exclusão do desconto da contribuição ao FUNBEM, mediante requerimento em formulário específico, ciente de que seus dependentes também serão excluídos da assistência à saúde.

5. A partir da data da opção pela exclusão, o segurado e seus dependentes não poderão utilizar a assistência à saúde. Em caso de uso indevido, será cobrado do segurado ou do pensionista o valor integral dos procedimentos realizados com base na tabela constante do contrato celebrado com a instituição credenciada, conforme regulamento.

São Luís, _____ de _____ de _____

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE À ASSISTÊNCIA À SAÚDE-FUNBEN

DEPENDENTES A SEREM INCLUÍDOS

1.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____

2.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____

3.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____

4.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____

5.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____

6.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____

7.NOME: _____

CPF._____ RG._____ DATA NASC.:_____/_____/_____

GRAU DE PARENTESCO:_____