

SAÚDE BRB – CAIXA DE ASSISTÊNCIA
TERMO DE OPÇÃO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE
(DESLIGAMENTO DA ASSOCIADA PATROCINADORA POR MOTIVO DE ADESÃO AO PDVI)

IDENTIFICAÇÃO DO OPTANTE

Nome:		Matrícula:
Endereço Residencial:		
Cidade:	Telefones:	CEP:
Banco:	Agência:	Conta-corrente:
Data de Admissão:	Data de Desligamento:	E-mail:

REQUERIMENTO

O requerente acima identificado, tendo em conta o seu desligamento da Associada Patrocinadora BRB Banco de Brasília S/A em ___/___/___, por motivo de adesão a Programa de Desligamento Voluntário Incentivado - PDVI, vem, no prazo regulamentar e em conformidade com o disposto no Regulamento do Plano "A-1", administrado pela Saúde BRB – Caixa de Assistência, formalizar a sua opção pela permanência na condição de beneficiário do referido Plano. Por oportuno, declara o requerente que: **se encontra () / não se encontra ()** aposentado pelo Regime Geral da Previdência Social desde ___/___/___.

Declara, ainda, estar ciente de que passará a contribuir para o Plano de Saúde com os mesmos percentuais estabelecidos no regulamento do Plano para os "beneficiários aposentados" em conformidade com o Regulamento do Plano "A-1".

Desde já autoriza a Administradora do Plano de Saúde a efetuar mensalmente, por meio de: **Folha de benefício Regius () / Débito automático em conta-corrente ()**, os débitos relativos às contribuições mensais e as participações nas despesas médicas realizadas pelo Titular e por seus dependentes, em conformidade com o Regulamento do Plano.

Solicita, também, manter os seguintes dependentes no cadastro da SAÚDE BRB – Caixa de Assistência:

-
-

Manifesto formalmente minha opção de:

() Permanência no PLANO A-1

() Desligamento do PLANO A-1

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Requerente

DELIBERAÇÃO DA SAÚDE BRB

DIRETORIA: () Autorizado () Não Autorizado

_____/_____/_____
Data

Assinatura