ANS – nº 41431.0

BRB Saúde – Caixa de Assistência

TERMO DE OPÇÃO PARA CASOS DE SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO COM A PATROCINADORA LICENÇA INTERESSE

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO		
Nome:		Matrícula:
Endereço Residencial:		
Telefones:		CEP:
Conta Corrente:	Banco:	Agência:
Data de Admissão:	Data de Afastamento:	**e-mail:**

REQUERIMENTO

O requerente acima identificado, tendo seu contrato de serviço suspenso com a Patrocinadora, em virtude de _____, pelo período de _____, vem manifestar sua opção, conforme disposto nos Parágrafos 1º e 2º do Artigo 6º do Regulamento do Plano "A"**.** Optando pela continuidade como Beneficiário do Plano, desde já autoriza a BRB SAUDE – Caixa de Assistência a efetuar mensalmente em sua conta corrente ou outra forma qualquer de cobrança, os débitos relativos às contribuições mensais e as participações nas despesas médicas realizadas por ele e pelos seus dependentes, nos percentuais abaixo definidos:

- 6,0% Titular;
- 0,6% por dependente direto;
- 6,0% por dependente agregado;

Solicita também, manter os seguintes dependentes no cadastro do **BRB SAÚDE – CAIXA DE ASSISTÊNCIA:**

Forma de cobrança:
( ) Débito automático ou ( ) Boleto Bancário

Manifesto formalmente minha opção de:

☐ **Permanência no Plano "A"** ☐ **Desligamento do Plano "A"**

_____/_____/_____ _____
Data Assinatura do Requerente

DEFERIMENTO DA BRB SAUDE

( ) Autorizado
( ) Não Autorizado

___/___/___ _____
Data Assinatura