



APA MÓDULO INCENTIVO 2018/2019
FORMULÁRIO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE

PAS/SERPRO – Convênio de Reciprocidade

TERMO DE TRANSFERÊNCIA - Do Grupo I para o Grupo II (Inativos)

Local: _____

Data: ____/____/____

Ao SERPRO

Em conformidade com a Lei 9.656 de 03/06/98, venho solicitar minha manutenção no PAS/SERPRO, na condição de beneficiário do Grupo II, bem como dos dependentes abaixo relacionados, declarando estar ciente e de acordo com seu Regulamento, cujas condições regem a prestação dos benefícios relativos à assistência médico/hospitalar.

Motivo: Pedido Voluntário de Demissão – APA MI 2018/2019

Titular: _____

Matrícula: _____

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Banco: _____

Agência: _____

Conta-corrente: _____

Endereço de cobrança: _____

Bairro: _____

Município/UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Início de vigência como demitido: _____.

(Prazo de permanência no plano em conformidade ao previsto na Lei 9.656/98 – artigo 30 – parágrafo 1º e artigo 31 – parágrafo 1º)

Tenho ciência que:

1 – A inadimplência por 60 dias, consecutivos ou não, **nos últimos doze meses de vigência do contrato, acarretará a exclusão dos usuários do PAS/SERPRO.**

2 – De acordo com estabelecido no Edital, item 7.1 b), o desligado arcará com parte do custeio do Plano de Saúde e toda cobrança será encaminhada diretamente ao endereço de cobrança citado acima.

3 – Após o prazo estabelecido em Edital (____ meses), o desligado arcará com o custo integral do Plano de Saúde e toda cobrança será encaminhada diretamente ao endereço de cobrança citado acima.

4 – Conforme estabelecido no Edital, item 7.1,b3, as pessoas que aderiram ao Programa de Preparação de Aposentadoria e tiverem participação no SERPROS, **serão descontados automaticamente** o valor equivalente da sua mensalidade e dos seus dependentes no benefício advindo do Fundo, de acordo com os valores cobrados para manutenção e permanência do Plano de Assistência a Saúde PAS/SERPRO.

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

1. Nome: _____ CPF: _____

Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____

2. Nome: _____ CPF: _____

Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____

3. Nome: _____ CPF: _____

Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____

4. Nome: _____ CPF: _____

Grau de parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Assinatura do empregado

Assinatura OLGP

