

## TERMO DE OPÇÃO

À  
CABESP

Sirvo-me do presente para requerer a manutenção da condição de beneficiário da assistência à saúde pela CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO - CABESP, extensivo a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, incluindo os dois Planos autossustentáveis PAP e PAFE, conforme a opção assinalada abaixo:

Demitido sem concessão de aposentadoria no INSS - manifesto, neste ato, meu propósito de manter a situação de beneficiário de assistência à saúde da CABESP, nos termos do art. 30 da Lei 9656/98.

Demitido com concessão de aposentadoria pelo INSS com data do desligamento igual ou inferior a data da demissão - manifesto, neste ato, meu propósito de manter a situação de beneficiário de assistência à saúde da CABESP, nos termos do art. 31 da Lei nº 9.656/98, regulamentada pela ANS com a edição da Resolução Normativa nº 279, vigente desde 01/06/12.

Declaro de livre e espontânea vontade, minha expressa, irrevogável e irretratável concordância com a cobrança pela Cabesp, da contribuição mensal integral (contribuição do associado + contribuição do patrocinador) sobre o valor do último salário integral recebido na ativa, atualizado, juntamente com a coparticipação.

Estou ciente que a contribuição dos planos autossustentáveis PAP e PAFE, quando houver, continuará a ser de minha responsabilidade.

A base das contribuições devidas à Caixa será reajustada na data e pelo índice concedido aos funcionários da ativa.

Pela presente a CABESP fica expressamente autorizada, de modo irretratável e irrevogável, a realizar a cobrança, no dia 20 de cada mês ou dia útil anterior, referente às contribuições ou outros valores devidos, conforme opção de pagamento contratada.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_