

**6.10 ANEXO X - TERMO DE ADESÃO OU DE CANCELAMENTO DA ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO**

Grau de sigilo

#Público

Nome do empregado

Matrícula

**Preencha os campos abaixo de acordo com o tipo de solicitação:****1 - ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO**

Declaro que conheço e concordo com as normas que regem o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, regulamentadas nos Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos.

Solicitação de adesão retroativa, em conformidade com o [RH227](#).

**2 - CANCELAMENTO DE ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO**

Solicito o cancelamento de minha adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, e autorizo o débito em minha folha de pagamento ou em qualquer conta de minha titularidade na CAIXA, de qualquer valor não debitado até a presente data, devidamente comprovado, decorrente de minha adesão ou inscrição de meu(s) dependente(s) no referido Benefício.

Declaro que conheço os Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos, que regulamentam o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, e que concordo com os referidos Normativos.

Estou ciente de que, em função do cancelamento de minha adesão, é devido o reembolso de mensalidade de plano de saúde, por meio do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, tendo como última referência de reembolso o mês do cancelamento de minha adesão. Outrossim, somente será(ão) realizado(s) reembolso(s) de mensalidade(s) de plano de saúde, em conformidade com o [RH227](#), cujo mês de referência não ultrapasse o mês do cancelamento de minha adesão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local/Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do empregado