

6.2 ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE RESPONSÁVEL PELA PENSÃO

Grau de sigilo

#PUBLICO

1. Dados do Titular Falecido		
Nome:	Matrícula:	
2. Dados do Responsável pela Pensão		
Nome:	Matrícula FUNCEF (se houver)	
RG Nº:	Órgão expedidor / UF: _____/____	CPF:
Tel. Res.: ()	Tel. Trab.: ()	Celular: ()
E-mail:		
Endereço residencial :		

3. Termo de solicitação, responsabilidade e autorização
<p>3.1 Conforme regulado pelo <u>RH221</u>, solicito o meu cadastramento como responsável pela pensão, no Saúde CAIXA, decorrente do falecimento do Titular _____.</p> <p>3.2 Conforme regulado pelo <u>RH221</u>, declaro que estou ciente de que, na condição de responsável pela pensão, legalmente designado, não tenho o direito à adesão como Titular do Saúde CAIXA, contudo, assumo, como representante do Titular falecido, acima especificado, as responsabilidades a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ responder perante o Saúde CAIXA pelos dependentes inscritos, sobre todos os aspectos, inclusive sobre o cadastro do(s) dependente(s);▪ recadastrar os dependentes do Titular falecido que cumpram as regras previstas para manutenção como dependentes, no Saúde CAIXA, em conformidade com o <u>RH221</u>, no prazo máximo de 120 dias após o falecimento do Titular;▪ manter atualizados, no Saúde CAIXA, os meus dados cadastrais e os de todos os dependentes do Titular falecido;▪ solicitar a manutenção periódica de inscrição dos dependentes do Titular falecido, em conformidade com o <u>RH221</u>▪ responder perante a CAIXA pelas obrigações financeiras previstas nos normativos do Saúde CAIXA; <p>3.3 Conforme regulado pelo <u>RH221</u>, estou ciente de que o descumprimento das responsabilidades a mim incumbidas e das regras estabelecidas nos normativos do Saúde CAIXA implicam a aplicação das penalidades previstas no <u>RH222</u>, por uso indevido do Saúde CAIXA.</p> <p>3.4 Conforme regulado pelo <u>RH221</u>, autorizo que os lançamentos (crédito ou débito) decorrentes da utilização do Saúde CAIXA, pelos dependentes do Titular falecido, sejam efetuados em conta de depósito na CAIXA, sob minha responsabilidade, Agência: _____, Operação: _____, Conta Nº: _____.</p> <p>3.5 Conforme regulado pelo <u>RH221</u>, autorizo os débitos pertinentes em folha de pagamento referente ao benefício de pensão percebido ou, não havendo margem consignável, em conta de depósito na CAIXA, sob minha responsabilidade, Agência: _____, Operação: _____, Conta Nº: _____.</p> <p>3.6 Estou ciente de que, na inexistência de margem consignável na folha de pagamento, deverei manter saldo na conta de depósito supramencionada para débito do(s) valor(es) mensal(is) pertinente(s).</p>

Local e Data_____
Assinatura do Solicitante_____
Testemunha (nome, CPF e assinatura)_____
Testemunha (nome, CPF e assinatura)