

Classificação da Informação: () Público | (x) Interno | () Sigiloso reservado | () Sigiloso

PEDIDO DE EXCLUSÃO

DADOS DO(A) TITULAR

| | | |
|---------------|--------|------------|
| Nome: | | Matrícula: |
| Telefone: () | Email: | Lotação: |

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> TITULAR |
| <input type="checkbox"/> DEPENDENTE (S) Nome do Dependente: _____ Nome do Dependente: _____ Nome do Dependente: _____ |

MOTIVO DA EXCLUSÃO

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meu cônjuge trabalha na CODEVASF e estou cadastrado(a) como dependente; | <input type="checkbox"/> Opção por outra Operadora; |
| <input type="checkbox"/> Insatisfação; | <input type="checkbox"/> Incapacidade Financeira; |
| <input type="checkbox"/> Portabilidade de carências; | <input type="checkbox"/> Rescisão contratual; |
| | <input type="checkbox"/> Outro(s): _____ |

RELAÇÃO DOS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO DEVOLVIDOS

| Beneficiário | Casec Camed Cassi Unimed-Fortaleza |
|--------------|--|
| | |
| | |
| | |

DECLARAÇÃO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE

É de responsabilidade do titular associado, o uso indevido e de despesas assistenciais após a exclusão do Plano. Conforme o artigo 26 do Regulamento, nos casos de exclusão de dependentes, o associado titular obriga-se a devolver à Casec as respectivas carteiras de identificação, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes à indevida utilização das coberturas assistenciais.

INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO DO CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE

Estou CIENTE e ACEITO, sem restrições, que:

- A exclusão do Plano de Saúde pelo titular implicará na exclusão de todos os dependentes;
- O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar, no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- O uso indevido dos serviços assistenciais após a exclusão do plano implicará no pagamento integral das despesas, além das penalidades previstas no Regulamento do Plano;

CASEC

Caixa de Assistência à Saúde
dos Empregados da CODEVASF
CNPJ nº 03.702.977/0001-49

Endereço

SGAN Qd 601, Conj. I.
Ed. Dep. Manoel Novaes. Sala 214. CEP
70.830-019. Brasília - DF.

Central de Atendimento

61 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
casec@codevasf.gov.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br

Classificação da Informação: () Público | (x) Interno | () Sigiloso reservado | () Sigiloso

4. Que a solicitação de exclusão tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir desta data e horário;
5. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou obrigações financeiras devidas relativas à cobertura assistencial oferecidas pela Casec (mensalidades, coparticipações, franquias, amortização de parcelamento e/ou parcela de negociação financeira parcelamentos), poderão ter seus valores atualizados a depender da apresentação pela rede credenciada ou livre escolha, do processamento da conta, sendo estes de responsabilidade do beneficiário. Os instrumentos de confissão e de assunção de dívidas permanecerão válidos devendo ser pagos conforme cronograma de vencimentos das parcelas;
6. Todas as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, bem como tributos, correrão por conta do titular;
7. Que o cancelamento de inscrição de qualquer usuário somente poderá ser acolhido e processado mediante a devolução da respectiva carteira personalizada válida, obrigando-me a ressarcir à CASEC por todas as despesas indevidas realizadas após a data de exclusão do plano de saúde.
8. Que é de minha inteira responsabilidade manter os dados cadastrais atualizados comunicando à CASEC eventuais alterações, não sendo futuramente admitidas alegações quanto ao não recebimento de avisos despachados.
9. A partir desta data encerram-se as coberturas assistenciais oferecidas pela Casec.
10. O reingresso estará sujeito às condições regulamentares definidas pela Casec, especialmente quanto ao cumprimento de novos períodos de carência.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS

Declaro, ainda, para os devidos fins, que tenho total ciência de que os meus dados pessoais e/ou sensíveis aqui coletados serão tratados pela CASEC, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas enquanto houver necessidade contratual por força do Regulamento do Plano, e/ou de cumprimento de obrigação legal e regulatória e até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a operadora de saúde mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.

Os dados serão tratados enquanto houver necessidade, principalmente até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda a CASEC mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente. Maiores detalhes sobre o tratamento de dados no decorrer da relação entre a CASEC e o(a) beneficiário(a) estão em nosso Aviso de Privacidade no site <https://www.casecsaude.com.br>

Tais direitos poderão ser exercidos pessoalmente, na SGAN 601, Conj. I. Ed. Dep. Manoel Novaes, CEP: 70.830-019 - Brasília/DF, no telefone (61) 2028-4630, 2028-4547, 2028-4887 e/ou por e-mail nos endereços eletrônicos atendimento.casec@casecsaude.com.br / casec@codevasf.gov.br.

Por fim, o titular dos dados pessoais, sensíveis ou não, está ciente que a CASEC poderá armazenar os dados em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem.

Aos usuários caberá a obrigação de comunicar à CASEC, de imediato, qualquer alteração que venha a implicar a atualização de seus dados cadastrais, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de participante dos planos de saúde da Casec, assumindo inteira responsabilidade por sua omissão.

Local: _____ - _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Carimbo e Assinatura da CASEC: _____

CASEC

Caixa de Assistência à Saúde
dos Empregados da CODEVASF
CNPJ nº 03.702.977/0001-49

Endereço

SGAN Qd 601, Conj. I.
Ed. Dep. Manoel Novaes. Sala 214. CEP
70.830-019. Brasília - DF.

Central de Atendimento

61 2028-4630 / 2028-4547 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
casec@codevasf.gov.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br