

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

Eu, _____ sócio (a) da ASCEFET (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO CEFET-MG), matrícula SIAPE N.º _____, portador(a) da carteira de identidade N.º _____ CPF N.º _____, solicito a **exclusão** dos usuários abaixo relacionados no plano de saúde, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO.

Declaro estar ciente que:

1. Este pedido implica na perda de todos os direitos de utilização do plano de saúde a partir da exclusão do plano que ocorrerá no dia _____ do mês de _____ de 20 _____. Caso a exclusão não ocorra nesta data outra será agendada e comunicada ao titular do plano.
2. No caso de solicitação de exclusão do titular, todos os seus dependentes e ou agregados automaticamente serão excluídos do plano.

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Nome completo sem abreviaturas		CPF
Código da carteira	Administradora:	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe

Endereço do titular		Número
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Telefone de casa ()	Telefone Celular ()	Telefone do local de trabalho ()

Declaro que estou ciente e concordo que as informações fornecidas neste formulário sejam coletadas, armazenadas, utilizadas e, quando necessário, compartilhadas pela ASCEFET exclusivamente para a execução de finalidades administrativas e estatutárias, conforme previsto no Estatuto Social e na legislação aplicável. A ASCEFET se compromete a tratar os dados em conformidade com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a confidencialidade, a integridade e a proteção contra acessos não autorizados ou situações de uso indevido.

Local _____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Para uso da ASCEFET