

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

PEDIDO DE EXCLUSÃO

DADOS DO(A) TITULAR		
Nome:		Matrícula:
Telefone: ()	Email:	Lotação:

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO
☐ TITULAR
☐ DEPENDENTE(S)
Nome do(a) Dependente: _____
Nome do(a) Dependente: _____
Nome do(a) Dependente: _____

MOTIVO DA EXCLUSÃO	
☐ Meu cônjuge trabalha na Codevasf e estou cadastrado(a) como dependente;	☐ Incapacidade Financeira;
☐ Opção por outra operadora;	☐ Rescisão contratual;
☐ Portabilidade de carências;	☐ Outro(s): _____

DECLARAÇÃO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE
É de responsabilidade do titular, o uso indevido da rede credenciada (contratada ou prestadora de serviços) e, via de consequência, pelo pagamento das despesas assistenciais após a exclusão do Plano. Conforme o Regulamento, nos casos de exclusão de dependente(s), o titular obriga-se a devolver à Casec a(s) respectiva(s) carteira(s) de identificação, sob pena de se responsabilizar pelo pagamento dos valores correspondentes a respeito de eventual utilização das coberturas assistenciais.

INFORMAÇÕES SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE
Estou CIENTE e ACEITO, sem restrições, que:
1. Que meu pedido de exclusão se estende a todos os dependentes; 2. Que 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; 3. 3. Que o uso indevido dos serviços assistenciais após a exclusão do plano implicará no pagamento integral das despesas; 4. Que o pedido de exclusão terá efeito imediato e caráter irrevogável, a partir desta data; 5. Que 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 e do processamento das contas, de minha exclusiva responsabilidade. Que os instrumentos de confissão e de assunção de dívidas permanecerão válidos devendo ser pagos conforme cronograma de vencimentos das parcelas; 6. Que 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 minha exclusiva

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 2028-4422 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsau.de.com.br
ouvidoria@casecsau.de.com.br
www.casecsau.de.com.br

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

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. Que, a partir desta data, encerram-se as coberturas assistenciais oferecidas pela Casec.
10. Que 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

O(a) beneficiário(a), titular dos dados, declara, para os devidos fins, que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Casec, por seus diretores, empregados, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, agências reguladoras, prestadores de serviços, entidades governamentais ou não governamentais, com o objetivo principal de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Regulamento do Plano, cuja finalidade é oferecer assistência à saúde na forma da legislação em vigor.

Os dados pessoais 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) encontram-se no Aviso de Privacidade no site <https://www.casecsaude.com.br>

Tais direitos poderão ser exercidos pessoalmente, na sede da Casec localizada no SGAN 601, Conj. I. Ed. Dep. Manoel Novaes, CEP: 70.830-019 - Brasília/DF, no telefone (61) 2028-4422, 2028-4887 e/ou por e-mail, no endereço eletrônico: atendimento@casecsaude.com.br

Por fim, tenho ciência que de a Casec poderá armazenar os dados em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem.

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

Assinatura: _____

Carimbo e Assinatura da Casec ou Representante do Programa Codevasf Saúde: _____

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 2028-4422 / 2028-4887
0800 887 0571 (orientações e emergência | 24h)
0800 000 1882 (Ouvidoria)

Email

atendimento@casecsaude.com.br
ouvidoria@casecsaude.com.br
www.casecsaude.com.br