CASSEB CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANEB

AUTORIZAÇÃO PARA DEBITO EM CONTA

PRIMEIRO TITULAR: Associado do Plano de Saúde, que autoriza á Casseb a efetuar o débito de contribuição /despesas de co-participação de outro titular em sua conta-corrente.

NOME

MATRÍCULA CASSEB

PLANO DE INSCRIÇÃO

☐ CASSEB SAÚDE ☐ CASSEB FAMÍLIA

TELEFONE P/CONTATO

SEGUNDO TITULAR: Associado de Plano de Saúde, que terá sua contribuição/despesa de co-participação, debitada na conta de outro titular.

NOME

MATRÍCULA CASSEB

VÍNCULO DE PRENTESCO COM O PRIMEIRO TITULAR

TELEFONE PARA CONTATO

NOME DA MÃE

IDENTIDADE

DATA DA EXPEDIÇÃO

ORGÃO EXPEDITOR

UF

PAÍS EMISSOR

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CPF

SEXO

M ☐ **F** ☐

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO (Primeiro Titular)

Eu, _____,Venho pela presente, autorizar a **Casseb** a proceder, doravante, o débito da contribuição mensal bem como das despesas médicas decorrentes da co-particiapação em consultas, exames, e procedimentos realizados por:

_____,Titular de Plano de Saúde da Casseb, em minha conta corrente de nº_____, Agência :_____ Banco_____, no dia a seguir especificado: 10 ( ), 25 ( ), 30 ( ).

Salvador,___/____/_____ _____

Assinatura do primeiro titular

TERMO DE CONHECIMENTO (Segundo Titular)

Eu,_____, declaro para os devidos fins e efeitos que tenho conhecimento, e que estou de pleno acordo, para que o débito da minha contribuição para o **Plano de Saúde da Casseb a que estou vinculado,** bem como de todas as despesas médicas decorrentes da co-paticipação em consultas, exames e procedimentos, de acordo com o regulamento do plano serão, doravante, efetuados na conta corrente do titular acima designado como **primeiro titular**.

Na oportunidade, declaro, ainda estar ciente que esta minha opção poderá ter implicações diretas na utilização dos serviços e procedimentos disponibilizados pelo **Plano de Saúde** para seus associados, caso as contribuições e/ou despesas médicas não sejam debitadas por falta de saldo na conta corrente acima informada.

Declaro, também, que tenho conhecimento do Regulamento Geral de Benefícios Assistenciais Médico-Hospitalares do **Plano a que estou vinculado**, com relação aos usuários inadimplentes, os quais serão automaticamente excluídos do plano. Informo, ainda, que os dados constantes nesta proposta são verdadeiros, me responsabilizando inteiramente pelo seu teor.

Salvador, ____/____ /_____ _____

Assinatura do segundo titular

Data da Alteração, ____/____ /_____ _____

Funcionário da Casseb