

Migração da Condição de Dependente para Titular do Plano CASSEB Saúde, em virtude de óbito do Associado Titular

| | | |
|---|-------------------|-----------------|
| ASSOCIADO | | |
| NOME | | |
| | | |
| MATRÍCULA CASSEB | IDENTIDADE | TELEFONE |
| | | |
| NOVO TITULAR | | |
| NOME | | |
| | | |
| MATRÍCULA CASSEB | IDENTIDADE | CPF |
| | | |
| MIGRAÇÃO | | |
| <p>Solicito da CASSEB, em virtude do falecimento do meu esposo (a) / companheiro (a) em ____/____/____, a mudança da minha condição de Associado Dependente para Associado Titular no plano CASSEB Saúde, conforme atestado de óbito, certidão de casamento atualizada ou documento de união estável os quais anexo ao presente formulário.</p> <p>A forma de pagamento da minha contribuição no plano CASSEB Saúde deverá ser na opção abaixo indicada:</p> <p><input type="checkbox"/> Débito em Conta no dia 10 de cada mês</p> <p><input type="checkbox"/> Débito em Conta no dia 25 de cada mês</p> <p><input type="checkbox"/> Débito em Conta no penúltimo dia útil de cada mês (Conta _____, Agência _____, do Bradesco)</p> <p><input type="checkbox"/> Boleto bancário com vencimento no dia 10 de cada mês</p> <p><input type="checkbox"/> Boleto bancário com vencimento no dia 30 de cada mês</p> <p>Abaixo indico, também, a minha opção com relação a utilização de serviços opcionais de atendimento, Vitalmed e Vitalfone, que serão cobrados juntamente com a contribuição mensal.</p> <p><input type="checkbox"/> Vitalmed (Para associados residentes em Salvador e Lauro de Freitas).</p> <p><input type="checkbox"/> Vitalfone (Para associados residentes nas cidades do interior).</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho interesse na utilização dos serviços Vitalmed ou Vitalfone.</p> <p>Solicito a manutenção dos dependentes abaixo discriminados:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |

Salvador, ____/____/____

Data Alteração: ____/____/____

Assinatura do(a) Associado (a)

Funcionário Casseb