CASSEB CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANEB

Primeira Migração da Condição de Vinculante para o Plano CASSEB Saúde

ASSOCIADO

NOME

MATRÍCULA CASSEB	IDENTIDADE	TELEFONE

MIGRAÇÃO

Solicito, pela primeira vez, a mudança da minha condição de **Vinculante**, para o Plano **CASSEB Saúde**.

Estou ciente de que somente poderei retornar à condição de Vinculante após a permanência de pelo menos 02 (dois) anos ininterruptos no plano CASSEB Saúde.

Declaro, ainda, estar ciente de que a operacionalização desta minha opção, somente será efetivada quando cessarem as obrigações e/ou benefícios decorrentes da minha situação anterior.

A forma de pagamento da minha contribuição no plano CASSEB Saúde deverá ser na opção abaixo indicada:

- ☐ Débito em Conta dia **10** de cada mês
- ☐ Débito em Conta dia **25** de cada mês
- ☐ Débito em Conta dia **30** de cada mês
- ☐ Boleto bancário com vencimento no dia **10** de cada mês
- ☐ Boleto bancário com vencimento no dia **30** de cada mês

Abaixo indico a minha opção com relação a utilização de serviços opcionais de atendimento, Vitalmed e Vitalfone, que serão cobrados juntamente com a contribuição mensal.

- ☐ **Vitalmed** (Para associados residentes em Salvador e Lauro de Freitas).
- ☐ **Vitalfone** (Para associados residentes nas cidades do interior).
- ☐ Não tenho interesse na utilização dos serviços Vitalmed ou Vitalfone.

Solicito também, a reativação dos seguintes dependentes:

_____

_____

_____

_____

Salvador, ____/____ /_____

_____
Assinatura do(a)Associado (a)

Data da Alteração, ____/____ /_____

_____
Funcionário da Casseb