



REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CARTÃO FÍSICO DO PLANO DE SAÚDE UNIMED

QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Nome: _____ Matrícula: _____

Beneficiários

1 – Nome do Beneficiário: _____

2 – Nome do Beneficiário: _____

3 – Nome do Beneficiário: _____

4 – Nome do Beneficiário: _____

TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer o cartão físico do plano de saúde UNIMED – GRANDE FLORIANÓPOLIS dos beneficiários descritos, bem como declara estar ciente dos seguintes termos:

Estou ciente que haverá cobrança no valor de R\$ 25,00 por carteirinha;

Estou ciente que deverei retirar a carteirinha na sede da Abepom ou no Posto de atendimento da minha região;

Ciente e Autorizo a ABEPOM a coletar os dados pessoais do titular e dependentes, tratar, armazenar especificamente para as atividades relacionadas com a execução das finalidades da ABEPOM, sendo que o compartilhamento dos dados entre ABEPOM e Parceiros será utilizado em consonância com a LGPD para publicidade dos benefícios e serviços, assim como para realização de cobrança e desconto dos seus associados, e que a qualquer momento o titular poderá requerer informações sobre o tratamento dos dados aqui inseridos, através do e-mail comiteseguranca@abepom.org.br.

Nestes termos, pede deferimento,

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____ Assinatura do ASSOCIADO: _____