



## QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

### Beneficiários e Motivo da Solicitação

1 – Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Perda                       Roubo                       Outros: \_\_\_\_\_

2 – Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Perda                       Roubo                       Outros: \_\_\_\_\_

### TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio deste instrumento requerer a 2ª via da carteirinha do plano de saúde SÃO JOSÉ dos beneficiários descritos, bem como declara estar ciente dos seguintes termos:

Estou ciente que haverá cobrança no valor de R\$ 20,00 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](mailto:comiteseguranca@abepom.org.br).

Nestes termos, pede deferimento,

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do ASSOCIADO: \_\_\_\_\_