

**ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SERVENTUÁRIOS**

NOME DO TITULAR:					
CPF:		RG:		MÁTRICULA:	
ESTADO CIVIL:		SEXO:	NASCIMENTO:	E-MAIL:	
ENDEREÇO:				COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		CEP:	CIDADE:		ESTADO:
TEL.CELULAR:		TEL.RESIDENCIAL:		TEL.COMERCIAL:	

SOLICITO MINHA INCLUSÃO E/OU DE MEUS FAMILIARES ABAIXO RELACIONADOS NO PLANO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SERVENTUÁRIOS.
AUTORIZO O DESCONTO EM FOLHA, EMISSÃO DE BOLETOS E/OU DÉBITO EM CONTA REFERENTE AO PAGAMENTO MENSAL TOTAL DO REFERIDO PLANO.
ESTOU CIENTE QUE A COBERTURA ESTÁ CONDICIONADA A ADIMPLÊNCIA DOS PAGAMENTOS MENSALIS.
EM CASO DE DÚVIDAS, ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO, DÉBITOS, ENTRE OUTROS, DEVEREI ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE ASSISTÊNCIA FUNERAL DA ASSOCIAÇÃO, PELO TELEFONE (11) 3111-9300.

PLANOS E VALORES INDIVIDUAIS

TIPO	FAIXA ETÁRIA	NACIONAL	FUNERAL COMPLETO	CREMAÇÃO	VALOR MESAL POR PESSOA
A	ATÉ 65 ANOS	SIM	SIM	SIM	R\$ 12,50

INCLUSÃO DE FAMILIARES

NOME	CPF	NASCIMENTO	VALOR
VALOR MENSAL TOTAL →			

OBSERVAÇÕES

Estou ciente

- Que será enviado para o meu e-mail e/ou endereço residencial o(s) boleto(s) ou será debitado de minha conta corrente o valor mensal total do Plano de Assistência funeral Serventuários de meus familiares e respectivos valores acima descritos;
- Que as Coberturas constantes no Anexo I;
- O não pagamento do boleto e/ou débito automático acarretará em exclusão automática do plano e os familiares serão excluídos automaticamente;
- A carência é de 60 dias após o primeiro pagamento;
- Receberei o(s) cartão(ões) personalizados, bem como as coberturas do Plano no endereço citado;
- Declaro que os familiares acima encontram-se em plenas condições de saúde;
- Não haverá reembolso de despesas pagas por familiares;

De acordo.

Local e data: _____ Assinatura do Titular: _____