

## PROPOSTA DE ADESAO ASSISTÊNCIA FUNERAL ASCORSAN

Tipo Funcionário: [ ] Ativo [ ] Aposentado

Plano: [ ] Seguro Individual [ ] Seguro Familiar (Inclui automaticamente conjuge e filhos menores de 18 anos)

**DADOS DO ASSOCIADO:**

Nome:		Matrícula:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Data de Nascimento:	CPF:		
RG / ORGÃO EMISSOR:		Telefone:	
E-mail:			

O Associado Titular tem cobertura de MORTE ACIDENTAL no valor de R\$5.000,00 e ASSISTÊNCIA FUNERAL gratuitos, oferecidos pela ASCORSAN.

**OPÇÃO Familiar - R\$13,11/mensais**

Rubrica: \_\_\_\_\_

Relacione os familiares: **cônjuges e filhos até 18 anos.**

	Nome	CPF	Data Nascimento
1			__/__/__
2			__/__/__
3			__/__/__
4			__/__/__
5			__/__/__

**Inclusão de AGREGADOS - R\$5,19/mensais por vida.**  
(pais e sogros até 70 anos; filhos/enteados acima de 18 anos):

	Nome	CPF	Data Nascimento
1			__/__/__
2			__/__/__
3			__/__/__
4			__/__/__
5			__/__/__
6			__/__/__

Rubrica: \_\_\_\_\_



(continuação)

## PROPOSTA DE ADEÇÃO ASSISTÊNCIA FUNERAL ASCORSAN

**Carência de 60 dias para cobertura FUNERAL, exceto em caso de morte acidental.**

**Reajuste anual no aniversário da apólice, independente da data de inclusão conforme previsto no contrato.**

Autorizo a ASCORSAN a efetuar o desconto em folha de pagamento da CORSAN e/ou FUNCORSAN e estou ciente de que quando os filhos completarem 18 anos perderão a condição de dependentes, sendo excluídos ou poderão ser incluídos como agregados mediante preenchimento de proposta do titular.

\_\_\_\_\_, dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.



**Em caso de sinistro, ligar para a  
Central de Atendimento**

**4090.1073**

(Capitais e regiões metropolitanas)

**0800.778.1073**

(Demais localidades)

\_\_\_\_\_  
Assinatura