

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__.

Assinatura



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

4090.1073

(Capitais e regiões metropolitanas)

0800.778.1073

(Demais localidades)