

PROPOSTA DE ADEÇÃO 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\$11,73/mensais

Rubrica: _____

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

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

Inclusão de AGREGADOS - R\$4,65/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: _____



Assessoria:



(continuação)

PROPOSTA DE ADESÃO 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