

A Diretoria da ASES, em parceria com a Odonto Empresa, intermediada pela Rio D'Ouro Seguros, oferece este benefício para você e toda sua família: o melhor plano odontológico do país. Preencha a proposta a seguir e nos envie agora mesmo.

A - DADOS DO TITULAR

Nome do titular: _____

Sexo: (M) (F) RG: _____ Órgão Emissor: _____

Matrícula: _____ CPF: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Mãe do Titular: _____

Endereço Residencial: _____

Nº. e Complemento: _____ CEP: _____ UF: _____

Cidade: _____ Bairro: _____

B – ASSINALE A OPÇÃO DESEJADA

() Quero garantir este plano para mim.

() Quero garantir este plano para mim e meus dependentes legais.

() Quero garantir este plano para mim, meus dependentes legais e agregados.

C – DADOS DOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIO Nº 01

Nome: _____ Sexo: (M) (F)

CPF: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ GP: ()

Nome da mãe do beneficiário: _____

BENEFICIÁRIO Nº 02

Nome: _____ Sexo: (M) (F)

CPF: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ GP: ()

Nome da mãe do beneficiário: _____

BENEFICIÁRIO Nº 03

Nome: _____ Sexo: (M) (F)

CPF: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ GP: ()

Nome da mãe do beneficiário: _____

OBS.: Usuários titulares, seus dependentes diretos e agregados deverão ser obrigatoriamente inscritos no mesmo plano.

Grau de Parentesco (GP):

1- Cônjuge | 2- Filho(a) | 3- Mãe | 4- Pai | 6- Sobrinho(a) | 8- Neto(a) | 10- Sogro(a) | 11- Irmão(a)
| 13- Companheiro(a) | 16- Genro | 17- Nora | 21 - Agregado/Outros

A Diretoria da ASES, em parceria com a Odonto Empresa, intermediada pela Rio D'Ouro Seguros, oferece este benefício para você e toda sua família: o melhor plano odontológico do país. Preencha a proposta a seguir e nos envie agora mesmo.

D - AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Autorizo débito em minha conta corrente no banco:

Itaú Brasil Real HSBC BRB Unibanco Bradesco

Agência: _____ C/C: _____ Dígito: _____

do valor total de R\$ _____ (_____), referente a minha adesão ao seguinte plano:

Plano Standard Superior Especial Clássico Clássico Plus Master

De acordo com a minha opção no campo **B**.

Declaro

- 1 - Estar ciente da permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, e da renovação automática por igual período, caso não haja de minha parte solicitação formal de suspensão do referido débito;
- 2 - Aceitar sem reservas os reajustes contratuais de acordo com legislação vigente e assumir integral responsabilidade pelas declarações feitas por mim, livre e espontaneamente;
- 3 - Estar ciente que para efetivação do débito não poderão existir restrições bancárias nem pendências na regularização de meu CPF;
- 4 - Que minha conta corrente aceita débito automático de títulos bancários não sendo conta-poupança, de INSS e/ou conta salário. Pagamento somente via conta corrente;
- 5 - Uma vez não se efetivando o débito em conta corrente por qualquer motivo, será excepcionalmente expedido boleto de cobrança da mensalidade inadimplida.

Local e Data

Assinatura

_____/_____/_____
Data de Débito

Enviar para:

ASES-RJ (HORTO) Por Malote ou Rua Pacheco Leão, 1.235 – Fundos
Jardim Botânico - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22460-905.

Mais informações: Rio D'ouro Seguros

<http://www.riodouroseguros.com.br/odonto> - info@riodouroseguros.com.br - (21) 3684 – 2175 / 3269-2175