

Condição de Transferência

Solicito a minha transferência e a de meu(s) dependente(s) legal(is) e agregado(s), se houver, para o Plano abaixo assinalado, autorizando o **UNESP Odonto** a descontar o valor devido, mensalmente, em meus rendimentos (folha de pagamento), e em caso de estorno, em minha conta corrente.

Do plano Bronze Prata Ouro

Para o plano Bronze Prata Ouro

Do plano maior para o plano menor: Será cobrada multa de 50% referente às mensalidades que faltam para completar 12 meses de permanência no plano.

Do plano menor para o plano maior ensejará contagem de novo período de carência de 180 dias das coberturas adicionais do plano para o qual está migrando.

O cartão de identificação será substituído.

Dados do Usuário Titular

FACULDADE/CÂMPUS:			ASSOCIAÇÃO:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
NOME DO TITULAR:					
<input type="text"/>					
CPF:	PIS/PASEP:	RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SEXO:	NACIONALIDADE:	DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
FUNÇÃO:	FONE RESIDENCIAL:	FONE COMERCIAL:	FONE CELULAR:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-MAIL DO TITULAR:					
<input type="text"/>					
ENDEREÇO DO TITULAR:				NÚMERO:	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	CEP:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NOME DA MÃE DO TITULAR:			CARTÃO SUS:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
NOME DO BANCO:	AGÊNCIA:	TIPO:	CONTA CORRENTE:	DIG.	MATRÍCULA UNESP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaração

- Declaro ter ciência dos termos do artigo 766, do Código Civil Brasileiro (aqui aplicado por analogia e reproduzido abaixo), e que as informações acima são a expressão da verdade, podendo o UNESP Odonto considerá-las para análise e aceitação.
- Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR