

MUDANÇA DE PLANO



INDIVIDUAL PARA ÚNICO - (nos termos do Estatuto Social)

PARA USO
DA AFAM

REQUEIRO, nos termos do Estatuto Social, a minha mudança de Plano de Associado, conforme discriminação acima.

DECLARO:

Estar ciente e de acordo com os demais dispositivos contidos no Estatuto Social e no Regimento Interno da AFAM.

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Posto/Grad. _____ RE: _____ Pens. Matr. n° _____
Nome _____
RG: _____ CPF _____ DATA NASC. ____/____/____

DEPENDENTES PARA O PLANO ÚNICO

CÔNJUGE OU COMPANHEIRA(O)	DATA NASCIMENTO	CPF	DEFICIENTE FÍSICO OU MENTAL
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FILHOS	DATA NASCIMENTO	CPF	DEFICIENTE FÍSICO OU MENTAL
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

OBSERVAÇÃO: ANEXAR OU ENVIAR CÓPIA DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS DEPENDENTES RELACIONADOS.

No caso de morte deste(a) associado (a), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral.

INDICAÇÃO NOME	DATA NASCIMENTO	RG

Endereço

Logradouro: _____
N°: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ UF: _____
Município: _____ CEP: _____

Contato Permite correspondência? Sim Não

Email 1: _____ Telefone 1: () _____
Email 2: _____ Telefone 2: () _____

Banco e conta como é apresentado no holerite (demonstrativo de pagamento):

Banco do Brasil S.A. Conta salário? Sim Não
Agência: _____ Dígito: _____ Conta Corrente: _____ Dígito: _____

Conta corrente da portabilidade (apenas se a conta acima for salário):

Banco: _____
Agência: _____ Dígito: _____ Conta Corrente: _____ Dígito: _____

Declaro que as informações acima prestadas são legítimas

Assinatura do Associado

