

## TERMO DE ADESÃO PLANO DE BENEFÍCIOS BD Nº 001

### IDENTIFICAÇÃO

<b>Matricula CORSAN</b>		<b>Data de Admissão</b>	<b>Dia</b>	<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>Nome</b>					

### OPÇÃO DE ADESÃO

SIM, desejo aderir ao Plano de Benefícios BD nº 001, concordando em contribuir para o Plano. Autorizo o desconto em folha de pagamento da Patrocinadora. A adesão ao Plano está condicionada a necessidade de apuração de contribuição de joia, sendo que será informado previamente pela Fundação Corsan.

NÃO desejo aderir ao Plano de Benefícios nº 001 da Funcorsan.

<b>Data de Nascimento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>
Dia      Mês      Ano	Masculino	
	Feminino	
		<b>Lotação</b>

### DADOS CADASTRAIS

<b>Identidade</b>	<b>Orgão Emissor</b>	<b>UF</b>
<b>Data Emissão Identidade</b>	<b>CPF</b>	
<b>Endereço Residencial</b>		
		<b>Nº</b>
		<b>AP/CASA</b>
<b>Bairro</b>	<b>Cep</b>	<b>Cidade</b>
<b>Estado</b>	<b>Telefone</b>	
	<b>Celular</b>	
<b>Email</b>		

### INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE BENEFÍCIO DE PENSÃO

<b>Grau de Dependência</b>	3 Filho(a) até 21 anos	5 Filho(a) Invalído ou incapaz
1 Esposo(a)	4 Filho(a) até 24 anos Universitário	6 Genitor(a)
2 Companheiro(a)		

Grau de Depend.	Nome do Beneficiário	Sexo M / F	Data de Nascimento ( dd / mm / aaaa )

**Autorizo, como responsável legal, a utilização dos dados pessoais aqui informados dos menores de idade, especificamente para fins de cumprimento de contrato.**

### OPÇÃO DE EXAME MÉDICO

SIM, Opto por realizar exame médico para reduzir de 36 para 12 meses o período de carência para os benefícios de risco, sendo que apresento o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) /Exame Periódico em substituição ao exame médico, conforme Art. 4º do Regulamento do Plano.

NÃO desejo realizar exame médico para reduzir o período de carência para os benefícios de risco conforme o Regulamento do Plano de Benefícios BD nº 001 da Funcorsan, permanecendo a carência de 36 meses.

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**A Funcorsan informa que os dados pessoais, inclusive sensíveis, informados serão utilizados exclusivamente para finalidades de cumprimento de contrato.**

## TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO ANTERIOR À PATROCINADORA

DADOS RELATIVOS AO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO ANTERIOR AO INGRESSO NA PATROCINADORA

**Não possuo tempo de contribuição anterior a Patrocinadora Corsan**

<b>Primeiro Emprego - Nome da Empresa - Tempo Militar se for o caso.</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Segundo Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Terceiro Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Quarto Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Quinto Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Sexto Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Sétimo Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Oitavo Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

<b>Nono Emprego - Nome da Empresa</b>	Admissão	<input type="text"/>
	Demissão	<input type="text"/>

- Preencha este formulário com dados relativos ao seu Tempo de Contribuição anterior ao ingresso na Patrocinadora.
- Deverá ser enviada juntamente com o formulário, a cópia do registro na Carteira de Trabalho, dos Tempos de Contribuição declarados acima.
- Se os quadros disponíveis não forem suficientes, faça cópias deste documento (xerox) quantas forem necessárias.

**Tempo de Contribuição anterior a CORSAN anexado em cópia.**

**A Funcorsan informa que os dados pessoais, inclusive sensíveis, informados serão utilizados exclusivamente para finalidades de cumprimento de contrato.**

DATA \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante \_\_\_\_\_