

**CAIXA**  
**seguradora**

**Cadastro de Adesão e Termo de Convênio Ascorsan**

Clausula III.24. Acordo Coletivo 2013/2014 - Incentivo para o plano Odontológico



Sócio Ascorsan: [ ] Sim - [ ] Não

Tipo Funcionário: [ ] Ativo - [ ] Aposentado

Matrícula:			Participante da Fundação: [ ] Sim - [ ] Não
Nome:			
Nome e Nº US:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço da US:			CEP:
Endereço Res:			CEP:
Cidade:			RG:
CPF:			Orgão Emissor:
Telefone:			Celular:
E-mail:			Data Nasc: / /
Estado Civil:			Adm Corsan: / /
Banco:		Agência:	Conta:
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		

**COBERTURAS - PLANO DELTA NACIONAL**

- Urgências e Emergências
- Consultas
- Odontopediatria
- Radiologia (inclusive Panorâmica)
- Prevenção (limpeza, aplicação de flúor)
- Cirurgia (extração de dentes)
- Dentística (restaurações)
- Endodontia (tratamento de canal)
- Periodontia (tratamento da gengiva)
- Prótese (cobertura para todos os procedimentos de prótese, exceto próteses sobre implantes)
- Instalação de aparelho ortodôntico
- Documentação Ortodôntica
- Ortodontia (taxa de Manutenção Mensal)

Pelo presente, autorizo a CORSAN a realizar o repasse à ASCORSAN, da quantia por mim recebida em folha de pagamento a título do benefício de Plano Odontológico.

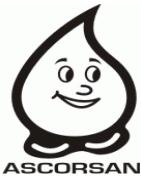
**Salientamos que o período de permanência mínimo no plano é de 12 meses, a contar da data de assinatura deste documento, sendo extensiva aos dependentes e agregados.**

Local e Data

Assinatura



ANS - nº 310981



Cadastro de Adesão e Termo de Convênio Ascorsan

Clausula III.24. Acordo Coletivo 2013/2014 - Incentivo para o plano Odontológico

Sócio Ascorsan: [ ] Sim

Tipo Funcionário: [ ] Ativo - [ ] Aposentado

Matrícula:	Participante da Fundação: [ ] Sim - [ ] Não
Nome:	
Nome e Nº US:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DEPENDENTES -Dependentes maiores de 18 anos devem informar CPF próprio

Nome:	Data Nasc:	/ /
CPF:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Parentesco:	*
Endereço Res:	Estado Civil:	

Nome:	Data Nasc:	/ /
CPF:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Parentesco:	*
Endereço Res:	Estado Civil:	

Nome:	Data Nasc:	/ /
CPF:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Parentesco:	*
Endereço Res:	Estado Civil:	

AGREGADOS -Dependentes maiores de 18 anos devem informar CPF próprio

Nome:	Data Nasc:	/ /
CPF:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Parentesco:	*
Endereço Res:	Estado Civil:	

Nome:	Data Nasc:	/ /
CPF:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Parentesco:	*
Endereço Res:	Estado Civil:	

\* Códigos de Grau de Parentesco de Dependentes (de 01 a 10) e Agregados (de 11 a 17):

01 - Conjuge	06 - Enteado(a) menor até 21 anos	11 - Pais
02 - Companheiro (a)	07 - Enteado(a) universitário(a) até 24 anos	12 - Padrasto/Madrasta
03 - Filho(a) menor até 21 anos	08 - Enteado(a) inválido(a)	13 - Irmãos
04 - Filho(a) universitário(a) até 24 anos	09 - Tutelado(a) menor até 21 anos	14 - Tios
05 - Filho(a) Inválido (a)	10 - Tutelado(a) universitário até 24 anos	15 - Sobrinhos
		16 - Netos/Bisnetos
		17 - Avôs / Bisavôs
		18 - Outros

AUTORIZAÇÃO PARA INSCRIÇÃO COMO ASSOCIADO DA ASCORSAN

Considerando que a inclusão de dependentes e agregados ao Plano Odontológico pressupõe a inscrição como associado da ASCORSAN, caso ainda não seja, autorizo a minha inscrição com o desconto em folha da mensalidade a partir do próximo salário.

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Pelo presente, autorizo a CORSAN a descontar de meu salário, em minha folha de pagamento, a importância relativa à ASCORSAN (mensalidade e débitos), bem como a importância mensal relativa à inclusão dos meus dependentes e agregados ao Plano Odontológico, conforme Acordo Coletivo 2013/2014, Capítulo II – Dos Descontos Salariais, Cláusula II.1.1, II.1.2 e, em especial, II.1.3.

Salientamos que o período de permanência mínimo no plano é de 12 meses, a contar da data de assinatura deste documento, sendo extensiva aos dependentes e agregados.

Local e Data

Assinatura

## **A ASCORSAN FIRMOU UMA PARCERIA COM A PROSEG SEGUROS E COM A CAIXA SEGURADORA PARA OFERECER O MELHOR SERVIÇO ODONTOLÓGICO PARA OS FUNCIONÁRIOS DA CORSAN.**

A Associação dos Servidores da CORSAN apresenta o seguro odontológico contratado com a **Caixa Seguradora** através da Proseg Seguros, por apenas **R\$ 25,41** ao mês, os funcionários da CORSAN contam com um plano odontológico completo. Porém, pensando na sua qualidade de vida a CORSAN oferece mais um benefício, o valor debitado do contracheque do funcionário, será creditado no mesmo contracheque pela CORSAN, ou seja, o seu seguro odontológico sairá de graça!

Os dependentes e agregados dos funcionários também poderão aderir ao plano, pelo mesmo valor de **R\$ 25,41** (por pessoa), contando com a comodidade do desconto direto no contracheque do funcionário.

**Para adesão dos dependentes e agregados, preencha a ficha no verso e envie junto com a ficha do funcionário.**

O seguro poderá ser contratado por funcionários ativos ou aposentados vinculados à Fundação CORSAN – FUNCORSAN.

Faça já a sua adesão, preencha as fichas cadastrais (funcionários, dependentes e agregados), deposite nos correios ou envie através das unidades da CORSAN, via malote.

### **Conheça as coberturas de seu seguro odontológico:**

Urgências e Emergências

- \* Consultas
- \* Odontopediatria
- \* Radiologia (inclusive panorâmica)
- \* Prevenção (limpeza, aplicação de flúor)
- \* Cirurgia (extração de dentes)
- \* Dentística (restauração)
- \* Endodontia (tratamento de canal)
- \* Periodontia (tratamento de gengiva)
- \* Documentação Ortodôntica
- \* Prótese (cobertura para todos os procedimentos de prótese, exceto próteses sobre implantes)
- \* Ortodontia (Taxa de manutenção mensal)
- \* Benefício Adicional – Instalação de aparelho ortodôntico

Estamos à sua disposição para dúvidas e esclarecimentos nos fones abaixo:

**ASCORSAN: (051) 3275.8088 - PROSEG: (051) 3014.6566 / 3342.2255 / 9831.2282**

\* Benefício criado para atender da Cláusula III. 24 do Acordo Coletivo 2013/204 - “Incentivo para Plano Odontológico”, reembolso válido apenas para os funcionários, dependentes não estão incluídos mas podem adquirir o plano pelo mesmo valor, através da ASCORSAN.



**ANS - nº 310981**