



REAL PAX
Assistência Funeral

"Nas horas onde o carinho e o respeito são fundamentais"



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FUNCIONÁRIOS DO SISTEMA INTEGRADO BAIERJ

S.A.C. (21) 2594-2320 • www.realpax.com.br

Mãos Correios Loja

• DADOS DO PROPONENTE TITULAR/CONTRATANTE

Plano: _____ Valor R\$: _____

Nome: _____

CPF:	Data de Nascimento:	Sexo:	Profissão:
------	---------------------	-------	------------

Endereço:	Bairro:
-----------	---------

Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:
---------	---------	------	-----------

• DEPENDENTES

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Nome:	Data de Nascimento:	Grau de Parentesco/Idade / R\$	CPF:
-------	---------------------	--------------------------------	------

Todos os sepultamentos serão feitos no município de residência do CONTRATANTE / DEPENDENTE vide contrato.
O Titular bem como TODOS os seus dependentes terão direito aos mesmos serviços conforme as cláusulas do contrato.

• VALORES E PAGAMENTOS

Taxa de Adesão	Mensalidade
R\$: _____ ÷ _____	1ª Mensalidade
() Ato () 30 Dias	() Ato () 30 Dias _____

Parcelas com taxa
1ª _____
2ª _____
3ª _____
4ª _____

Valor Total do Plano R\$ _____

Carnê: () Mensal () Semestral

Data de Vencimento:
() 5 () 10 () 15 () _____

• DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR / CONTRATANTE

Eu, Titular/ Contratante, declaro que li as condições do contrato de **Assistência Funeral REAL PAX**, e recebi uma via do contrato não tenho dúvidas sobre as condições do plano para mim e para meus dependentes, estando ciente de que o início de vigência será no dia do pagamento da primeira parcela da mensalidade que poderá ser no ato ou via boleto bancário. Estou também ciente que a falta do pagamento de 3 mensalidades causará o cancelamento automático do plano sem qualquer aviso prévio vide **Cláusula Décima**.

Local e Data: _____ Assinatura: _____

Declaro que entreguei ao Titular / Contratante uma via desta proposta, e uma cópia do contrato padrão, que foram por ele lidas, não havendo dúvida sobre o seu teor. Declaro também que os dados do Titular / Contratante, segundo meu conhecimento, estão corretos e ainda, que recebi o valor acima descrito.

Nome do Corretor: _____ Ass. Corretor: _____ Cod.: _____