

Central de Atendimento do **Unesp Odonto**: segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: (11) 3292-6799 (São Paulo) ou 0800 771 5026 para demais localidades.

## 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.

## Transferência

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 / CAMPUS  |  |  |  |  |                  |  |  |      |  | ASSOCIAÇÃO         |  |  |      |  |                 |  |     |                    |  |
| NOME DO TITULAR   |  |  |  |  |                  |  |  |      |  |                    |  |  |      |  |                 |  |     |                    |  |
| CPF   |  |  |  |  | PIS / PASEP      |  |  |      |  | RG                 |  |  |      |  | ÓRGÃO EXP.      |  |     | SEXO (ASSINALAR X) |  |
| NACIONALIDADE   |  |  |  |  |                  |  |  |      |  | DATA DE NASCIMENTO |  |  |      |  | ESTADO CIVIL    |  |     |                    |  |
| FUNÇÃO  |  |  |  |  | FONE RESIDENCIAL |  |  |      |  | FONE COMERCIAL     |  |  |      |  | FONE CELULAR    |  |     |                    |  |
| E-MAIL DO TITULAR   |  |  |  |  |                  |  |  |      |  |                    |  |  |      |  |                 |  |     |                    |  |
| ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (RUA, ALAMEDA, ESTRADA, ETC.) |  |  |  |  |                  |  |  |      |  |                    |  |  |      |  | NÚMERO          |  |     |                    |  |
| COMPLEMENTO   |  |  |  |  |                  |  |  |      |  | BAIRRO             |  |  |      |  |                 |  |     |                    |  |
| CIDADE  |  |  |  |  |                  |  |  |      |  |                    |  |  |      |  | ESTADO          |  | CEP |                    |  |
| NOME DA MÃE DO TITULAR                                      |  |  |  |  |                  |  |  |      |  | CARTÃO SUS         |  |  |      |  |                 |  |     |                    |  |
| NOME DO BANCO   |  |  |  |  | AGÊNCIA          |  |  | TIPO |  | CONTA CORRENTE     |  |  | DIG. |  | MATRÍCULA UNESP |  |     |                    |  |

## 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