

O abaixo assinado requer a V.Sa. sua admissão no quadro social da AGEA – Associação Gaúcha de Economitários Aposentados, para tal, firma as seguintes declarações:

Nome: _____ Matrícula: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor/Data: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Sexo: Masculino: (____) Feminino: (____)

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

Celular: (____) _____ Telefone Residencial: (____) _____

Estado Civil: Casado(a) (____) Solteiro(a) (____) Viúvo(a) (____) Outros (____) _____

Cônjuge: _____

(____) Ativo(Aspirante), a partir da aposentadoria, fica a AGEA autorizada a alterar a categoria do associado para efetivo e cobrar o valor integral da mensalidade.

(____) Aposentado FUNCEF (____) Aposentado INSS (____) Pensionista (____) Outros: _____

Nome do Titular (em caso de Pensão por Morte): _____

Data de Admissão CEF: ____/____/____ Plano de Benefícios: _____

Indicado por: _____ Celular: (____) _____

Dados Bancários:

Agência nº: _____ Cód. Operação: _____ Conta nº: _____

(____) Tenho interesse em informações referentes à Apólice de Seguro de Vida da AGEA;

Este documento registra minha anuência expressa e informada para ter meus dados tratados pela Associação para as finalidades específicas da representação associativa, podendo ser compartilhados com as entidades associativas de grau superior. Autorizo o desconto em folha de pagamento ou o débito em conta dos valores correspondentes às mensalidades associativas. Autorizo o envio de comunicados da Associação por meio físico e/ou eletrônico. A AGEA/RS se compromete a tratar os dados nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e em conformidade com a "Política de Privacidade" divulgada em sua página de internet.

Nestes termos, pede deferimento

Local e data: _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____