

<b>Nº Associado</b>
Para uso da ASBAC

**ASSOCIADO EFETIVO (SERVIDOR DO BACEN)**

Eu,				
Data Nascto.	Est.Civil	Natural de:	CPF	RG
End.Res.:		Nº	Complemento	Telefone Res
Bairro		Cep		Cidade/Estado
Telefone Celular		Telefone Com		Possui embarcação? ( ) Sim ( ) Não
Que tipo de embarcação?		Detalhes da embarcação		Possui Arrais? ( ) Sim ( ) Não
E-mail				
Matrícula no Bacen	Banco		Conta Corrente	Agência

**2 – Dependentes (inscritos no Banco Central)**

	Nome	Data de nascto.	Grau de parentesco
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**3 - Seguro de Vida em Grupo**

Desejo participar de Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais da ASBAC	Sim ( ) Não ( )
--	-----------------

**4 Pecúlio Morte**

- 4.1 Tem por objetivo suprir com recursos financeiros os dependentes do(a) associado(a) falecido(a) para custeio das despesas com o funeral.
- 4.2 O presente benefício é de uso fruto do associado(a) efetivo(a) da ASBAC (servidor do Bacen), sem qualquer contra prestação pecuniária por parte deste(a).
- 4.3 O sinistro a ser pago aos dependentes legais é o correspondente a R\$2.000,00 (dois mil reais) na data do óbito.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Proponente