



PROPOSTA DE ADESÃO AO CARTÃO DE BENEFÍCIOS ZAPMED		Número da Proposta:	
Nome do Beneficiário:		Data de Nascimento:	
CPF:	Carteira de Identidade:	Tel.:	
Endereço:		Sexo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Estado Civil:
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Valor da Anuidade:	Opção do Plano: <input type="text"/> <input type="text"/>		
Beneficiários Dependentes:			
1)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
2)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
3)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
4)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
5)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
6)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
7)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
8)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
9)	Parentesco:	Data de Nascimento:	
10)	Parentesco:	Data de Nascimento:	

Observação: • Anexar a esta ficha, cópia de documento com foto, CPF e comprovante de endereço sem o qual, a proposta não poderá ser efetivada.

DECLARAÇÃO

Declaro aderir espontaneamente ao Contrato de Adesão ao Cartão de Benefícios ZAPMED, cujas cláusulas estão abaixo transcritas, as quais foram por mim lidas e compreendidas. Declaro também que as informações constantes nesta Proposta de

Adesão são verdadeiras, assumindo total responsabilidade por tais informações. Tenho pleno conhecimento de que não estou aderindo ao um Plano de Saúde, mas a uma rede de benefícios e descontos que a ZAPMED negociou com sua Rede de Parceiros.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

Visto do Colaborador:	Assinatura do Proponente:
-----------------------	---------------------------