USE ESTA ABA PARA FECHAR ESTA CARTA-RESPOSTA

DOBRE E PASSE COLA AQUI

aspas
associação dos aposentados e pensionistas do Serpros

PREZADO(A) APOSENTADO(A) OU PENSIONISTA DO SERPROS,

Preencha este formulário, dobre, cole a aba de cima e deposite em uma caixa dos Correios sem precisar selar (o selo será pago por nós). Faça isso de preferência nas próximas 2 semanas (mas mande mesmo atrasado). Se não souber preencher um campo deixe -o em branco. Se tiver dúvidas ligue para a ASPAS de 2ª a 6ª feira das 13:30 às 17:00h no tel (21) 3289-1485. A ASPAS, criada para defender os interesses dos aposentados/pensionistas, precisa ter os dados atualizados de todos, mesmo de quem não é associado, para poder se comunicar com rapidez, em caso de necessidade.

PREENCHA ESTE QUADRO EM LETRA DE FORMA

NOME

NOME (continuação) | CPF | RG / ÓRGÃO EMISSOR

DATA NASC. / / | SEXO M☐ F☐ | ENDEREÇO P/ CORRESPONDENCIA - LOGRADOURO | NÚMERO

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO | CEP | PLANO DE BENEFÍCIO PS-I☐ PS-II☐ | ASSOCIADO ASPAS? SIM☐ NÃO☐

TELs c/DDD | CELULARES c/DDD

EMAIL | VOCÊ LÊ SEUS EMAILS UM OU MAIS DIAS P/SEMANA☐ RARAMENTE☐

POR FAVOR RESPONDA À PESQUISA ABAIXO (ASSOCIADOS E NÃO ASSOCIADOS DA ASPAS)

1 - Qual a sua situação em relação a Plano de Saúde? Marque um X em uma das opções abaixo:

( ) Uso o plano médico do SERPRO como titular ou dependente

( ) Uso o plano médico de um familiar/conhecido (que é o titular do plano).

( ) Sou titular do plano médico (dê o nome) _____ e o considero Bom☐ Razoável☐ Ruim☐

( ) Não tenho plano médico

( ) Outra situação. Explique _____

2 – Em que faixa de valores se encontra o benefício pago a você pelo SERPROS (sem considerar o INSS)

( )até 300,00 ( )301,00 a 1000,00 ( )1001,00 a 2500,00 ( )2501,00 a 4000,00 ( )mais de 4000,00

3 - Você conhece os convênios disponíveis aos associados da ASPAS? Marque um X nos que você conhece.

( ) Advogado para ação de bitributação do IR

( ) Plano de assistência funeral

( ) Seguros (vida em grupo/ auto/ residencial)

ACOMPANHE A ASPAS PELO SITE
www.aspas.org.br

4 - Faça seus comentários ou sugestões para a diretoria da ASPAS:

AUTORIZAÇÃO PARA CESSÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Autorizo o Serpros Fundo Multipatrocinado a ceder à ASPAS – Associação dos Aposentados e Pensionistas do SERPROS, as atualizações que venham a ser feitas sobre o meu endereço completo, telefones e e-mails. Estou ciente de que o SERPROS está isento de quaisquer responsabilidades advindas do uso de tais dados pela ASPAS.

ASSINATURA | **LOCAL E DATA**

NOME LEGÍVEL | **INSCRIÇÃO SERPROS**