ASFUG
Associação dos funcionários da Unimed Goiânia

CONTRATO INDIVIDUAL DE EMPRÉSTIMO CONSIGNADO

Eu _____ Mat.: _____

CPF: _____ Fone Cel.: _____ Fone fixo/contato: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ Estado _____ CEP _____

Solicito minha margem para empréstimo consignado em folha pela mediadora ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONARIOS DA UNIMED GOIANIA CNPJ.:37.039.187/0001-47. Declaro que sou associada da Asfug e contribuo mensalmente com 1% do meu salário base com teto máximo de 5% do salário mínimo vigente. **Não sendo associado(a)**, autorizo por meio deste o desconto da mensalidade para me filiar a essa associação e ter acesso ao consignado em folha.

O presente instrumento tem como objetivo autorizar, de forma irrevogável e irretratável, o desconto no contracheque dos valores referentes ao pagamento de empréstimos, financiamentos, e operações de arrendamento mercantil concedidos por instituições financeiras e sociedades de arrendamento mercantil, quando previsto nos respectivos contratos, e que foram intermediadas pela Mediadora – ASFUG.

Estou ciente que devo permanecer como associado(a) até a quitação total desse contrato de empréstimo.

Em caso de rescisão do contrato de trabalho do empregado antes do término da amortização do empréstimo, poderá ocorrer um desconto de até 30% da rescisão para abatimento do saldo devedor, cabendo ao mutuário efetuar o pagamento mensal das demais prestações em aberto diretamente à instituição consignatária.

Contratou o plano de saúde Unimed Personal? **( )Enfermaria ( )Apartamento ( )Não***
Quantos estão ativos no plano de saúde Unimed Personal incluindo você? _____
Qual(is) a(s) idade(s) do(s) beneficiário(s) ativos no plano de saúde incluindo você? _____
Quantos **dependentes** no Plano Unimed Odonto? _____
***Assinalando que "Não" você está ciente que a margem liberada está considerando que <u>não irá</u> aderir ao Plano de Saúde fornecido pela empregadora. Com exceção se a margem não for utilizada totalmente e houver disponibilidade**

<u>Estou ciente que a margem aprovada para o consignado está diretamente relacionada às informações acima declaradas por mim, e se houver aumento das minhas despesas mensais, será necessário cancelar alguma solicitação realizada anteriormente, tais como: Inclusão de dependentes no plano de saúde/odonto, e/ou Upgrade da acomodação do plano de saúde.</u>

Se não houver comunicação de qualquer mudança de endereço ou telefone, serão considerados como recebidos, para todos os efeitos, os avisos, cartas enviadas, por meio eletrônico e/ou impresso, para o último endereço do mutuário – ASSOCIADO CONSIGNANTE registrado na MEDIADORA – ASFUG.

Goiânia-GO, _____ de _____ de _____.

_

_____

ASSOCIADO

Não preencher (Campo do averbador do contrato)

AVERBADO EM _____/_____/_____

POR: _____

BANCO: _____

PARCELAS DE R$_____EM_____X