PROPOSTA DE ADESÃO PARA SEU CARTÃO

Nº DO PV: 2 4 8 6 5 0 0 0 -

CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO

TELEFONE DE CONTATO (DDD/NÚMERO) ( ) -

CPF/CIC -

ESCOLHA AQUI O CARTÃO QUE MELHOR ATENDE ÀS SUAS NECESSIDADES, SE VOCÊ PREFERIR, PODE ESCOLHER OS DOIS: ☐ BIG BEN MASTERCARD ☐ BIG BEN FARMAPLUS

FALE SOBRE VOCÊ

NOME COMPLETO

NOME (CONTINUAÇÃO)

DATA DE NASCIMENTO / /

SEXO ☐ M ☐ F

Nº IDENTIDADE

ÓRGÃO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO / /

QUANT. DEPENDENTES

ESTADO CIVIL
1 - CASADO 2 - SOLTEIRO 3 - VIÚVO 4 - DESQUITADO/DIVORCIADO 5 - OUTROS

ESCOLARIDADE
1 - 1º GRAU 2 - 2º GRAU 3 - SUPERIOR INCOMPLETO 4 - SUPERIOR 5 - PÓS GRADUADO

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA ☐ RESIDENCIAL ☐ COMERCIAL

NOME DA MÃE

FALE SOBRE SUA RESIDÊNCIA

ENDEREÇO RESIDENCIAL (NOME DA RUA, AV., ESTRADA, ETC.)

NÚMERO

COMPLEMENTO (Nº APT / CASA)

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

RESIDE DESDE (MÊS / ANO) /

SITUAÇÃO DE RESIDÊNCIA
1 - PRÓPRIA 2 - ALUGADA 3 - PARENTES 4 - OUTROS

TELEFONE CELULAR (DDD / NÚMERO) ( ) -

TELEFONE RESIDENCIAL OU CONTATO (DDD / NÚMERO) ( ) -

SITUAÇÃO DO TELEFONE
1 - PRÓPRIO 2 - ALUGADO 3 - CONTATO 4 - NÃO INFORMADO

FALE SOBRE SEU TRABALHO

EMPRESA ONDE TRABALHA

NATUREZA DA OCUPAÇÃO
00 - EMPRESÁRIO 01 - PROF. LIBERAL 02 - FUNC. PÚBLICO 03 - MILITAR (OFICIAL/SARGENTO) 04 - ASSALARIADO 05 - MILITAR (CABO/SOLDADO) 06 - OUTROS 07 - TRABALHADOR RURAL 08 - AUTÔNOMO 09 - APOSENTADO/PENSIONISTA

TRABALHA DESDE (MÊS / ANO)

SALÁRIO MENSAL (NÃO INCLUIR OUTRAS RENDAS) . , 00

CARGO

ENDEREÇO COMERCIAL (NOME DA RUA, AV., ESTRADA, ETC.)

NÚMERO

COMPLEMENTO (Nº APT / CASA)

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) ( ) -

RAMAL

ORIGEM DAS OUTRAS RENDAS
1 - COMISSÃO 2 - PENSÃO 3 - EXTRA/BICO 4 - ALUGUEL 5 - OUTROS EMPREGOS

OUTRAS RENDAS (NÃO INCLUIR RENDA DO CÔNJUGE) . , 00

SUA REFERÊNCIA PESSOAL BANCÁRIA

PESSOAL (1) - NOME

TELEFONE (DDD / NÚMERO) ( ) -

RAMAL

PESSOAL (2) - NOME

TELEFONE (DDD / NÚMERO) ( ) -

RAMAL

BANCÁRIA - Nº BANCO

Nº AGÊNCIA

Nº CONTA CORRENTE

CHEQUE ESPECIAL? ☐ SIM ☐ NÃO

SE VOCÊ POSSUI CARTÃO DE CRÉDITO (SOMENTE SE TITULAR) PREENCHA ABAIXO

☐ MASTERCARD ☐ AMEX ☐ VISA ☐ CARTÃO/LOJA ☐ NENHUM ☐ OUTROS

FALE SOBRE SEU CÔNJUGE (PREENCHER EM CASO DE COMPOSIÇÃO DE RENDA)

CPF / CIC -

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO / /

NOME DA EMPRESA

Nº IDENTIDADE

ÓRGÃO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO / /

NOME DA MÃE

TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) ( ) -

RAMAL

SALÁRIO MENSAL (NÃO INCLUIR OUTRAS RENDAS) . , 00

DADOS PARA SEU CARTÃO

ESCOLHA A DATA DO VENCIMENTO DA SUA FATURA - CARTÃO BIG BEN MASTERCARD
☐ 02 ☐ 05 ☐ 08 ☐ 12 ☐ 15 ☐ 19 ☐ 22 ☐ 26 ☐ 29

ESCOLHA A DATA DO VENCIMENTO DA SUA FATURA - CARTÃO BIG BEN FARMAPLUS
☐ 01 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25

NOME DO TITULAR A SER IMPRESSO NO CARTÃO

NOME DO ADICIONAL A SER IMPRESSO NO CARTÃO *(Solicitação de adicional na proposta somente para o Cartão Big Ben FarmaPlus. Para o Cartão Big Ben Mastercard é necessário a solicitação através da Central de Atendimento)*

DATA DE NASCIMENTO DO ADICIONAL / /

GRAU DE PARENTESCO
0 - PAI 1 - MÃE 2 - FILHO 3 - FILHA 4 - MARIDO 5 - ESPOSA 6 - IRMÃO 7 - IRMÃ 8 - OUTROS

CPF DO ADICIONAL -

O CLIENTE autoriza o BANCO FININVEST a informar os dados relativos e todas as obrigações por ele assumidas junto a esta, para constarem de cadastros compartilhados por qualquer empresa do CONGLOMERADO UNIBANCO com outras instituições conveniadas para tanto, administradas pela Serasa ou por entidades de proteção ao crédito. O CONGLOMERADO UNIBANCO e tais outras instituições ficam expressamente autorizadas a disponibilizar e intercambiar entre si informações sobre obrigações contraídas pelo CLIENTE, o que é de utilidade aos seus interesses. ☐ Não concordo com esta cláusula.

Ao assinar esta proposta, declaro exatos e verdadeiros os dados acima, nada tendo a opor quanto a sua utilização pelo Banco Fininvest S.A. ou por terceiros que o mesmo designar, para fins administrativos, de marketing e conferência de dados. Tenho ciência de que a minha adesão ao Contrato com o Associado* está condicionada ao atendimento dos critérios de avaliação cadastral e de crédito do Banco Fininvest S/A.

* Contrato Registrado no 7º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo - SP, sob o n.º 1.068.976, em 07/10/2002. O contrato será encaminhado juntamente com o cartão e encontra-se disponível para consulta através da Central de Atendimento Fininvest.

Ao assinar esta proposta, declaro exatos e verdadeiros os dados acima, nada tendo a opor quanto a utilização destes pelo Unicard Banco Múltiplo S.A. ou por terceiros por este designados para fins administrativos, de marketing e conferência. Tenho ciência de que a emissão do cartão está condicionada à análise de crédito pelo Unicard Banco Múltiplo S.A. Declaro ainda, neste ato, conhecer e ter aceito os termos e condições do Contrato com o Associado, registrado em 22 de agosto de 2003 no 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo - SP, sob o n.º 8153565

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO CLIENTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

☐ CPF / CIC ☐ RG ☐ RESIDÊNCIA ☐ RENDA CLIENTE ☐ RENDA CÔNJUGE ☐ OUTRAS RENDAS ☐ CRÉDITO NO MERCADO

DADOS EXCLUSIVOS DO LOJISTA/ADMINISTRADORA - FAVOR NÃO PREENCHER

DATA DE NASCIMENTO / /

NOME DA LOJA

NOME DO FUNCIONÁRIO/CONTATO

RESULTADO SPC / SERASA

RESPONSÁVEL-CONFIRMAÇÕES/DOCUMENTAÇÃO

LIMITE CONCEDIDO . , 00

CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO DADO PELA FININVEST

ASSINATURA DO GERENTE DA LOJA/RESPONSÁVEL + CARIMBO DA LOJA