

AUTORIZAÇÃO NO CARTÃO DE CRÉDITO

Se você tem um plano da Dental Uni é porque gosta de tranquilidade e segurança. Então, nada mais certo que autorizar o débito de sua fatura diretamente no cartão de crédito. O lançamento será efetuado na data do vencimento escolhido em sua proposta de adesão, e você não corre o risco de ficar um só dia sem a cobertura do seu plano da Dental Uni.

Preencha este formulário e entregue-o em qualquer Central de Relacionamento com o Beneficiário Dental Uni.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO NO CARTÃO DE CRÉDITO

☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ ELO

Nome legível do titular do plano

CPF

Endereço

CEP

Nº do cartão Dental Uni

Telefone residencial

Telefone celular

E-mail do titular do plano

Nome legível do titular do cartão de crédito (igual está no cartão)

CPF/CNPJ

Nº do cartão

Validade do cartão

Código de segurança

E-mail do titular do cartão de crédito

Telefone residencial

Telefone celular

Data

Autorizo o débito em meu cartão de crédito acima especificado, das mensalidades devidas em razão do contrato de prestação de serviços de assistência odontológica celebrado com a Dental, bem como dos valores devidos em razão da prestação de serviços odontológicos coparticipativos, conforme definidas em contrato.

Asseguro a veracidade das informações acima e comprometo-me a manter limite suficiente e disponível no cartão de crédito para suportar o débito das mensalidades e dos valores devidos, nas datas de seus vencimentos, bem como informar a Dental Uni de qualquer mudança no número do cartão e validade. Em falta de limite, estou ciente que os títulos são passíveis de reapresentação e/ou passíveis de cobrança em casos que não ocorreram o débito.

Central de atendimento: **4007-2400 / 0800 643 4300**

Consulte nossas unidades administrativas no site: **www.dentaluni.com.br**

Assinatura do titular da conta corrente

Assinatura do titular do plano