



AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Central de Atendimento 0800 111 777 - 2ª a 6ª das 08h as 18h, exceto feriados www.abet.com.br

Av. Brigadeiro Luis Antônio 2608 - CEP: 01402-000 - São Paulo (SP) CNPJ: 63.089.205/0001-05

ANS - nº 33.891-5

Para uso da ABET
Nº DO REGISTRO INTERNO

INFORMAR SUA OPÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO DAS DESPESAS

PLANO DE SAÚDE ABET

PLANO ODONTO ABET

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

CÓDIGO DA CARTEIRA:

ENDEREÇO PARA COBRANÇA E CORRESPONDÊNCIA:

Nº :

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

UF:

E-MAIL:

TELEFONE RESIDENCIAL :

TELEFONE CELULAR :

NOME DO ASSOCIADO TITULAR OU REFERENCIAL DA ABET:

CÓDIGO DA ABET ou RE:

DADOS BANCÁRIOS PARA DÉBITO DAS DESPESAS

NOME DO TITULAR DA CONTA CORRENTE:

GRAU DE PARENTESCO:

Nº CPF:

Nº RG:

ASSINALAR O TIPO DE CONTA CORRENTE:

C/C INDIVIDUAL C/C CONJUNTA (E/ OU)

TELEFONE:

()

NOME DO BANCO:

Nº do BANCO:

NOME DA AGÊNCIA:

Nº AGÊNCIA e DÍGITO:

Nº CONTA CORRENTE e DÍGITO:

NOME do 2º TITULAR da CONTA CORRENTE (E/OU) Preencher quando a conta corrente for conjunta:

Nº CPF:

Nº RG:

GRAU DE PARENTESCO:

1. Da autorização:

Autorizo a Associação Brasileira dos Empregados em Telecomunicações – ABET, a debitar de minha conta corrente mencionada acima, os valores referentes ao pagamento da importância correspondente às mensalidades e todas as demais despesas efetuadas por mim e meus dependentes reconhecendo-as como dívida líquida e certa, devidas à ABET, cujos valores deverão ser remetidos àquela instituição para pagamento de despesas da minha responsabilidade.

2. Da provisão de saldo:

- 2.1 - Comprometo-me (emo-nos) a provisionar e manter em minha (nossa) conta corrente indicada acima, o saldo suficiente para suportar o valor do débito enviado pela ABET na data de seu vencimento.
- 2.2 - Caso não haja saldo suficiente e/ou disponível na Conta Corrente informada, para pagamento total, estou ciente que o débito ficará em aberto na ABET, sendo da minha responsabilidade a sua quitação.
- 2.3 - Quando o pagamento do mês vigente não ocorrer por qualquer motivo, haverá a suspensão do sistema de Débito Automático no mês subsequente, retornando ao sistema somente após a regularização do pagamento na ABET.

3. São motivos de suspensão do sistema de Débito Automático:

- 3.1 - A insuficiência de saldo disponível para débito.
- 3.2 - Encerramento da conta corrente no Banco, por qualquer motivo.
- 3.3 - Por solicitação do 1º ou 2º titular da conta corrente acima mencionada, através de carta, a qual será acatada na data solicitada, sendo que a confirmação da suspensão do sistema se procede quando a mensagem de Débito Automático não mais constar no(s) boleto(s) enviado(s).

4. Da confirmação da inclusão:

- 4.1 - Esta autorização será confirmada pela ABET, por meio de mensagem específica no boleto "Débito Automático".
- 4.2 - Declaro (mos) estar (mos) ciente(s) que, enquanto não houver a confirmação de minha inclusão no sistema de débito automático, fico (camos) obrigado(s) a quitar o(s) boleto(s) pelos meios disponíveis.

5. Estou ciente de que:

- 5.1 - O boleto enviado como demonstrativo do valor a ser debitado, somente será considerado quitado, se efetuado o débito em conta corrente.
- 5.2 - A impossibilidade da quitação através do débito automático, por qualquer motivo, não me exime do pagamento à ABET, das mensalidades e despesas efetuadas por mim e meus dependentes.
- 5.3 - Esta autorização é parte integrante do Termo de Adesão e do Regulamento do Plano não excluindo deles qualquer obrigação.

6. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras, sob pena de incorrer nos termos previstos nos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.

LOCAL e DATA

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA CORRENTE

LOCAL e DATA

ASSINATURA do 2º TITULAR da CONTA CORRENTE (E/ OU)

PARA USO NA ABET

DATA - RECEPÇÃO

LOCAL

ATENDENTE

Nº DO ATENDIMENTO

DATA - DAC

DAC - APROVAÇÃO NA ABET

DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA DO DÉBITO: