

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO AO PLANO DE SAÚDE ABET EMPRESARIAL

Eu _____ RE |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lotação _____, admitido(a) em ____/____/____,

- () Opto pelo Plano Empresarial ABET Executivo IV – nº registro ANS: 468.621/13-7 oferecido por liberalidade da Empresa, responsabilizando-me pela legitimidade dos dados cadastrais abaixo, sendo que as informações contidas nesta declaração são de meu total conhecimento e concordância.
- () Não opto pelo Plano Empresarial ABET Executivo IV – nº registro ANS: 468.621/13-7

(ASSINATURA)

(CIDADE)

____/____/____
(DIA) (MÊS) (ANO)

IDENTIFICAÇÃO CADASTRAL

DATA DE NASCIMENTO		SEXO () MASC. () FEM.	ESTADO CIVIL	NÚMERO DO RG / ORGÃO EXPEDIDOR		DATA DE ADMISSÃO	NÚMERO DO CPF	
NOME DA MÃE DO EMPREGADO SEM ABREVIÇÃO							NÚMERO DO PIS, NA FALTA DO CPF	
Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)			Nº / NOME DO BANCO		Nº / NOME DA AGENCIA		Nº DA CONTA CORRENTE	
ENDEREÇO RESIDENCIAL						NUMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO			CIDADE			UF	CEP	
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL			DDD	TELEFONE PARA RECADO / CELULAR			
ENDEREÇO DE TRABALHO						NUMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO			CIDADE			UF	CEP	
DDD	TELEFONE COMERCIAL			E-MAIL				

RELAÇÃO DE DEPENDENTES PREFERENCIAIS

NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO				DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*				NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL		PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO				DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*				NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL		PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO				DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*				NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL		PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO				DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*				NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL		PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	

* Preencher para nascidos a partir de 01/01/2010.

IMPORTANTE

- 1- Autorizo a empresa a efetuar o desconto relativo a coparticipação nas despesas de saúde, em folha de pagamento. Em caso de desligamento, autorizo o recebimento de cobrança via boleto bancário dos valores referentes as demais despesas efetuadas por mim e meus dependentes, na utilização dos serviços de assistência à saúde.
- 2- Estou ciente de que o meu cancelamento da condição de beneficiário da assistência à saúde ofertada pela Empresa, bem como de meus dependentes, ocorrerá: 1) Quando da rescisão do contrato de trabalho; 2) Por solicitação escrita e assinada por mim e mediante devolução das carteiras do plano; 3) Por aplicação de medida disciplinar e/ou administrativa prevista.
- 3- Reconheço que todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar a partir da presente opção serão considerados como dívida líquida e certa.

PARA USO DO RH DA ERICSSON

PARA USO DA ABET

ASS./RE DO RESPONSÁVEL

CÓDIGO INTERNO DO PLANO: 4731

INÍCIO DA VIGÊNCIA NO PLANO:

As informações ora prestadas são consideradas sigilosas, e tratadas pela ABET de forma confidencial.