

PROPOSTA DE ADESÃO AO ABET BENEFÍCIOS

Para uso da ABET
CÓDIGO ABET

Central de Atendimento 0800 111 777 - 2ª a 6ª das 08h as 18h, exceto feriados www.abet.com.br
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2608 – CEP 01402-000 – São Paulo (SP) CNPJ: 63.089.205/0001-05

Como o (a) Sr.(a) conheceu o ABET Benefícios?

() ABET Informa () Portal ABET () RH Empresa () E-mail/Mala direta () Comercial/TMKT
() Feiras () Folhetos/Folder () Indicação () Outros, especificar:

TIPO DE VINCULO ASSOCIATIVO:

ASSOCIADO AGREGADO ASSOCIADO PENSIONISTA ASSOCIADO REFERENCIAL ASSOCIADO TITULAR

| | | | | | |
|--|------------------|--------------|---|--------------------------|------------------------|
| 1 NOME DO ASSOCIADO TITULAR, PENSIONISTA OU REFERENCIAL | | | | 1.1 Nº MATRÍCULA | |
| 1.2 NOME DA MÃE DO ASSOCIADO TITULAR, PENSIONISTA OU REFERENCIAL | | | 1.3 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | 1.4 DATA DE NASCIMENTO |
| 1.5 CPF | 1.6 ESTADO CIVIL | 1.7 Nº BANCO | 1.8 Nº AGENCIA | 1.9 Nº DA CONTA CORRENTE | |
| 1.10 ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA | | | 1.11 Nº | 1.12 COMPLEMENTO | |
| 1.13 CIDADE | 1.14 UF | 1.15 CEP | 1.16 TEL RESIDENCIAL () | 1.17 TEL CELULAR () | |
| 1.18 NOME DA EMPRESA | | | 1.19 E-MAIL | | |

ASSOCIADOS DEPENDENTES (Cônjuge / Companheiro / Filhos e Enteados, até 35 anos / Menor de 18 anos Tutelado / Irmão Curatelado e Tutelado) NÃO SE APLICA AO ASSOCIADO REFERENCIAL

| | | | | | |
|--|----------|-------------------|---|-------------------------|--|
| 2 NOME DO ASSOCIADO DEPENDENTE | | | | 2.1 DATA DE NASCIMENTO | |
| 2.2 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 2.3 CPF | 2.4 ESTADO CIVIL | 2.5 PARENTESCO EM RELAÇÃO AO TITULAR/PENSIONISTA | | |
| 2.6 NOME DA MÃE DO ASSOCIADO DEPENDENTE | | | 2.7 E-MAIL | | |
| 2.8 NOME DO ASSOCIADO DEPENDENTE | | | | 2.9 DATA DE NASCIMENTO | |
| 2.10 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 2.11 CPF | 2.12 ESTADO CIVIL | 2.13 PARENTESCO EM RELAÇÃO AO TITULAR/PENSIONISTA | | |
| 2.14 NOME DA MÃE DO ASSOCIADO DEPENDENTE | | | 2.15 E-MAIL | | |
| 2.16 NOME DO ASSOCIADO DEPENDENTE | | | | 2.17 DATA DE NASCIMENTO | |
| 2.18 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 2.19 CPF | 2.20 ESTADO CIVIL | 2.21 PARENTESCO EM RELAÇÃO AO TITULAR/PENSIONISTA | | |
| 2.22 NOME DA MÃE DO ASSOCIADO DEPENDENTE | | | 2.23 E-MAIL | | |

ASSOCIADOS AGREGADOS (filhos com mais de 35 anos e parentes até o 4º grau de parentesco consanguíneo e até o 3º por afinidade)

| | | | | | |
|--|-----------------|------------------------|--|---------------------------|--|
| 3 NOME DO ASSOCIADO AGREGADO | | | | 3.1 DATA DE NASCIMENTO | |
| 3.2 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 3.3 CPF | 3.4 ESTADO CIVIL | 3.5 PARENTESCO EM RELAÇÃO AO TITULAR/PENSIONISTA | | |
| 3.6 NOME DA MÃE DO ASSOCIADO AGREGADO | | | 3.7 E-MAIL | | |
| 3.8 FORMA DE COBRANÇA <input type="checkbox"/> A MESMA DO ASSOCIADO TITULAR/PENSIONISTA <input type="checkbox"/> BOLETO INDIVIDUAL (ASSOCIADO AGREGADO) <input type="checkbox"/> DÉBITO AUTOMÁTICO (FORMULÁRIO ANEXO) | | | | | |
| 3.9 ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA | | | 3.10 Nº | 3.11 COMPLEMENTO | |
| 3.12 CIDADE | 3.13 UF | 3.14 CEP | 3.15 TEL RESIDENCIAL () | 3.16 TEL COMERCIAL () | |
| 3.17 Nº BANCO | 3.18 Nº AGENCIA | 3.19 Nº CONTA CORRENTE | 3.20 ASSINATURA DO ASSOCIADO AGREGADO | | |

NO CASO DO ASSOCIADO AGREGADO SER MENOR DE 18 ANOS PREENCHER OS CAMPOS NO VERSO COM OS DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

| | | | |
|-----------|-------------------------|--|--------------------------------------|
| 3.21 NOME | | | |
| 3.22 CPF | 3.23 DATA DE NASCIMENTO | 3.24 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 3.25 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL |

--- DECLARAÇÃO ---

1. Autorizo minha empregadora a efetuar descontos em folha de pagamento, ou a ABET a encaminhar a cobrança via boleto bancário/débito automático da importância correspondente às mensalidades e todas as demais despesas efetuadas por mim e meus dependentes, as quais reconheço como dívida líquida e certa devida à Associação Brasileira dos Empregados em Telecomunicações. **Em caso de rescisão do contrato de trabalho, autorizo o desconto nas verbas rescisórias de eventuais importâncias devidas à ABET.**

2. Estou ciente de que:

2.1 A data de início da vigência como Associado da ABET será aquela conforme preenchido no campo "Data de Início de Vigência e Carência" que poderá ser imediata ou no 1º dia do mês subsequente ao mês da inscrição.

2.2 Deverá ser observado e cumprido o período de 30 dias de carência pelos associados titulares e dependentes, e 60 dias pelos associados agregados, contados a partir da data de vigência do vínculo associativo, para se ter direito à concessão de subsídios. Os associados agregados somente poderão adquirir os produtos a que tem direito após o cumprimento da carência. Não se aplica ao Associado Referencial.

2.3 Os associados titulares, dependentes e agregados terão limite de aquisição, bem como para a concessão de subsídios exatamente nos termos descritos no Regulamento de Benefícios, disponível no sítio da ABET: www.abet.com.br. Não se aplica ao associado referencial.

2.4 Os valores das mensalidades seguem tabela específica de acordo com a categoria de associado. Em hipótese alguma a ABET devolverá valores relativos a mensalidades pagas.

2.5 Sendo Associado Referencial terei mensalidade associativa específica, para fins somente de adesão aos Planos Coletivos de Saúde/Odontológico, podendo indicar meus parentes consanguíneos até o 4º grau de parentesco consanguíneo e até o 2º grau de parentesco por afinidade, visando integrar o quadro de beneficiários dos planos de saúde. Terei direito também a adquirir produtos e medicamentos na FARMABET, porém sem direito aos subsídios.

2.6 Os valores pagos após seus vencimentos serão acrescidos de juros de mora e atualização monetária conforme índices de mercado. O atraso de pagamento por mais de 60 dias cumulativamente nos últimos 12 meses, acarretará a exclusão do associado.

2.7 Eventual inadimplência ocasionará a suspensão do direito aos benefícios, não isentando do pagamento de débitos existentes nem tampouco da cobrança de mensalidades. Havendo a suspensão do direito aos benefícios a cobrança de mensalidades será mantida nas mesmas datas de vencimento.

2.8 O vínculo associativo com a ABET deverá ser mantido pelo período mínimo de 12 (doze) meses, sob pena de o associado assumir desde já a responsabilidade de **ressarcir a ABET da diferença positiva entre o valor dos subsídios concedidos e o valor das mensalidades pagas**. Esta regra será mantida mesmo em caso de óbito do **Associado Titular, pois que esta obrigação é necessária uma vez que a ABET necessita do pagamento das mensalidades de seus associados para poder conceder os subsídios. Exceto no caso de Associado Referencial que não tem obrigatoriedade de permanência e nem direito aos subsídios.**

2.9 O cancelamento da condição de Associado:

a) Somente se confirmará mediante solicitação formal do associado e a devolução das carteiras. Exceção para Associado Referencial, pois não possui carteira.

b) Implicará no cancelamento de plano de saúde/odontológico.

3. 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.

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

| | | |
|---------|----------|---|
| 4 LOCAL | 4.1 DATA | 4.2 ASSINATURA DO ASSOCIADO TITULAR/REFERENCIAL/PENSIONISTA |
|---------|----------|---|

PAV

(NÃO PREENCHER EM INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO REFERENCIAL)

CASO VOCÊ TENHA SIDO INDICADO POR ALGUM ASSOCIADO ABET, PEÇA PARA QUE ELE PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO

| | | | |
|--|----------------|-----------------------|---------|
| 5 NOME DO ASSOCIADO TITULAR | | | 5.1 CPF |
| 5.2 CÓDIGO ABET (VERIFIQUE NA FRENTE DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO DA ABET – COR AZUL) | | | |
| 5.3 Nº BANCO | 5.4 Nº AGÊNCIA | 5.5 Nº CONTA CORRENTE | |

PARA USO DA ABET

| | | | |
|----------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------|
| Nº ATENDIMENTO | ATENDENTE | DATA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA E CARÊNCIA | DAC-CAD-APROVAÇÃO DA ABET |
|----------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------|