PROPOSTA DE ADESÃO AO SOCORRO MÉDICO DOMICILIAR - SMD

Central de Atendimento 0800 111 777 - 2ª a 6ª das 09h as 17h, exceto feriados www.abet.com.br
Av. Brigadeiro Luis Antônio 2.696 – Conj. 11 - CEP: 01402-002 - São Paulo (SP) CNPJ: 63.089.205/0001-05

ASSINALE O TIPO DE ADESÃO

☐ INCLUSÃO OBRIGATÓRIA DE TITULAR ☐ INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO ☐ TRANSFERÊNCIA

ASSOCIADO TITULAR DA ABET

O Associado Titular da ABET é o responsável em última instância por todos os beneficiários por ele inscritos.

NOME DO ASSOCIADO TITULAR DA ABET

CÓDIGO ABET (VERIFIQUE NA FRENTE DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO DA ABET - COR AZUL)

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

1) NOME DO BENEFICIÁRIO

PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL	RG
CPF	PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		E-MAIL	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA			Nº	COMPLEMENTO
CIDADE	UF	CEP	TEL RESIDENCIAL ( )	TEL COMERCIAL ( )

2) NOME DO BENEFICIÁRIO

PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL	RG
CPF	PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		E-MAIL	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA			Nº	COMPLEMENTO
CIDADE	UF	CEP	TEL RESIDENCIAL ( )	TEL COMERCIAL ( )

---- DECLARAÇÃO ----

Declaro para os devidos fins de direito que as informações ora prestadas nesta Proposta 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.

Declaro estar ciente :

1. As inscrições realizadas de 01 a 31 de cada mês terão vigência a partir do 1º dia do 2º mês subseqüente ao mês da inscrição.
2. As coberturas, as exclusões de coberturas, cidades cobertas e demais regras do SMD estão expressas no Guia de Atendimento do SMD – Socorro Médico Domiciliar.
3. De que todos os valores decorrentes das mensalidades não pagas são, desde, já por mim reconhecidos como dívida líquida e certa.
4. De que o não pagamento de mensalidade por mais de 60 dias acarretará a exclusão automática do associado titular e de todos aqueles inscritos que sejam a ele vinculados.
5. De que o cancelamento da condição de associado titular da ABET implicará na exclusão automática de todos os inscritos no SMD a ele vinculados.
6. Nos municípios de Mogi das Cruzes, Cajamar, Poá, Embu, Rio Grande da Serra, Embú-Guaçu, Itapevi, Taboão da Serra, Jandira, Mairiporã, Mauá, Pirapora do Bom Jesus, Ribeirão Pires, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Santana de Parnaíba, Itapecerica da Serra, São Lourenço da Serra, Suzano, Vargem Grande Paulista, Itaquaquecetuba, Piracicaba, o Serviço de Socorro Médico Pré-Hospitalar de urgência /emergência, poderá ocorrer com tempo de resposta superior a uma hora por transitar em corredores com tráfegos intensos e constantes congestionamentos.

Autorizo o desconto relativo à presente adesão em folha de pagamento ou a cobrança via boleto bancário, na forma de pré-pagamento, das mensalidades incidentes sobre todos os inscritos no S.M.D.

As Pessoas Designadas que se inscreverem no SMD devem apresentar uma cópia do documento de identidade, RG ou CPF.

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

LOCAL E DATA	**ASSINATURA DO ASSOCIADO TITULAR DA ABET**

PARA USO DA ABET

DATA RECEPÇÃO	LOCAL	ATENDENTE	Nº ATENDIMENTO
DAC - CAD - DATA	DAC - CAD - APROVAÇÃO DA ABET	DAC - CAD - OBSERVAÇÕES	