

## PROPOSTA DE ADESÃO AO ABET BENEFÍCIOS

Para uso da ABET  
CÓDIGO ABET

Central de Atendimento 0800 111 777 - 2ª a 6ª das 09h as 17h, exceto feriados www.abet.com.br  
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2696 / Cj. 11 – CEP 01402-000 – São Paulo (SP) CNPJ: 63.089.205/0001-05

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

( ) Site ABET ( ) Facebook ( ) Instagram ( ) RH Empresa ( ) E-mail/Mala direta  
( ) Folhetos/Folder ( ) Indicação ( ) Outros, especificar:

### TIPO DE VINCULO ASSOCIATIVO:

ASSOCIADO AGREGADO   
  ASSOCIADO COLABORATIVO   
  ASSOCIADO PENSIONISTA   
  ASSOCIADO TITULAR

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

### ASSOCIADOS DEPENDENTES (Cônjuge / Companheiro / Filhos e Enteados, até 35 anos / Menor de 18 anos Tutelado / Irmão Curatelado e Tutelado)

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

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

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

**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 F            M	3.25 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL
--- DECLARAÇÃO ---			
<p><b>1. <u>Autorizo minha empregadora a efetuar descontos em folha de pagamento</u>, 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. <u>Em caso de rescisão do contrato de trabalho, autorizo o desconto nas verbas rescisórias de eventuais importâncias devidas à ABET.</u></b></p> <p><b>2. Estou ciente de que:</b></p> <p><b>2.1 A data de início da vigência como Associado da ABET</b> será aquela conforme preenchido no campo "Data de Início de Vigência e Carência" que poderá ser imediata ou no 1º dia do mês subseqüente ao mês da inscrição.</p> <p><b>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</b>, 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 Colaborativo.</p> <p><b>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 Site ABET: <a href="http://www.abet.com.br">www.abet.com.br</a>. Não se aplica ao associado Colaborativo.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>2.5 Sendo Associado Colaborativo terei mensalidade associativa específica, para fins somente de obter benefícios de desconto em seguros/capitalização e outros, adquiridos na ABET Corretora; Gestão de eventual Administradora de Benefícios indicadas pela ABET e ter direito de obter benefícios em toda Rede de Desconto ABET.</b></p> <p><b>2.6 Os valores pagos após seus vencimentos</b> serão acrescidos de juros de mora e atualização monetária conforme índices de mercado. <b>O atraso de pagamento por mais de 60 dias cumulativamente nos últimos 12 meses</b>, acarretará a exclusão do associado.</p> <p><b>2.7 Eventual inadimplência ocasionará a suspensão do direito aos benefícios, não isentando do pagamento de débitos existentes nem tampouco da cobrança de mensalidades.</b> Havendo a suspensão do direito aos benefícios a cobrança de mensalidades será mantida nas mesmas datas de vencimento.</p> <p><b>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 Colaborativo que não tem obrigatoriedade de permanência e nem direito aos subsídios.</b></p> <p><b>2.9 O cancelamento da condição de Associado:</b></p> <p><b>a) Somente se confirmará mediante solicitação formal do associado e a devolução das carteiras. Exceção para Associado Colaborativo, pois não possui carteira.</b></p> <p><b>b) Implicará no cancelamento de todos Benefícios.</b></p> <p><b>3. Declaro que as informações ora prestadas são verdadeiras</b>, 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.</p>			
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/COLABORATIVO/PENSIONISTA	
<b>PARA USO DA ABET</b>			
Nº ATENDIMENTO	ATENDENTE	DATA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA E CARÊNCIA	DAC-CAD-APROVAÇÃO DA ABET