

ASSINALE O TIPO DE ADESÃO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE AGREGADO

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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:

- As inscrições realizadas até o dia 05 do mês terá vigência para o mês de adesão, posterior a esta data a vigência será para o mês seguinte.
- As coberturas, as exclusões de coberturas, cidades cobertas e demais regras do OMD estão expressas no Guia de Atendimento do OMD – Orientação Médica Domiciliar.
- De que todos os valores decorrentes das mensalidades não pagas são, desde já por mim reconhecidos como dívida líquida e certa.
- 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.
- De que o cancelamento da condição de associado titular da ABET implicará na exclusão automática de todos os inscritos no OMD a ele vinculados.
- Autorizo o desconto relativo à presente adesão em folha de pagamento ou a cobrança via boleto bancário, na forma de pós pagamento, das mensalidades incidentes sobre todos os inscritos no O.M.D.
- As mensalidades referentes aos dependentes agregados inscritos no OMD serão cobradas juntamente com a mensalidade do Associado Titular, não havendo possibilidade de cobrança separada.
- Para inclusão devem ser entregue uma cópia do documento de identidade (RG), e uma cópia do CPF ou cópia da CNH.

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
CADASTRO - DATA	CADASTRO - APROVAÇÃO DA ABET	CADASTRO - OBSERVAÇÕES	