



# PROPOSTA DE ADESÃO AO ABET BENEFÍCIOS

Para uso da ABET  
CÓDIGO ABET

Central de Atendimento 08000 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

1 NOME DO ASSOCIADO TITULAR, PENSIONISTA OU COLABORATIVO				1.1 Nº MATRICULA	
1.2 NOME DA MÃE DO ASSOCIADO TITULAR, PENSIONISTA OU COLABORATIVO			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 AGÊNCIA	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)

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 AGÊNCIA	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 F      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:

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. **A data de início da vigência do serviço OMD- Orientação Médica Domiciliar** até o dia 05 do mês terá vigência para o mês de adesão, posterior a esta data a vigência será para o mês seguinte.

**2.1** 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 Colaborativo.

**2.2** 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: [www.abet.com.br](http://www.abet.com.br). **Não se aplica ao associado Colaborativo.**

**2.3** 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.

**2.4** 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.

**2.5** 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.

**2.6** 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.

**2.7** 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.**

**2.8** O cancelamento da condição de Associado:

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

**b)** Implicará no cancelamento de todos Benefícios.

**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/COLABORATIVO/PENSIONISTA
---------	----------	--

PARA USO DA ABET

Nº ATENDIMENTO	ATENDENTE	DATA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA E CARÊNCIA	CADASTRO-APROVAÇÃO DA ABET
----------------	-----------	---------------------------------------	----------------------------