

**ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA**  
CNPJ/MF 29.198.059/0001-56Fone: (61) 3043-2450  
www.abespclube.com.br - email: contato@abespclube.com.br  
C 12, Área Especial 2, Sala 326 - Ed. Conjunto Nacional  
Cep: 72.010-901 – Taguatinga Centro - DFFone: (98) 3181-5136  
Av. Coronel Colares Moreira - Nº 03 Jardim Renascença  
Ed. Business Center - Sala 406  
CEP: 65075-441 – São Luis - MA**PROPOSTA DE ADESÃO AO SISTEMA INDEPENDENTE DE SAÚDE INDIVIDUAL E FAMILIAR**

Cartão de benefícios

Inscrição Inicial ( Titular e Grupo familiar) <input type="checkbox"/>	Inscrição de Titular <input type="checkbox"/>	Inscrição de Dependente <input type="checkbox"/>
--	---	--

Forma de pagamento: <input type="checkbox"/> Débito em Conta <input type="checkbox"/> Folha <input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Fatura Única <input type="checkbox"/> Cartão de Credito	Entidade de Classe:
---	---------------------

**DADOS DO TITULAR**

Nome do Titular				CPF
Data de Nascimento	Matrícula Funcional			Função
Lotação	RG	Órgão emissor	Estado civil	Sexo
Endereço completo				
Cidade:	UF:	CEP	e-mail	
Fone trabalho (DDD)	Fone residencial (DDD)		Celular (DDD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orgão / Secretaria				

**DADOS BANCÁRIOS:**

BANCO: \_\_\_\_\_ AG: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DE TERCEIRO****DADOS DEPENDENTE – 01**

Nome			CPF
Nome da Mãe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	RG

**DADOS DEPENDENTE – 02**

Nome			CPF
Nome da Mãe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	RG

**DADOS DEPENDENTE – 03**

Nome			CPF
Nome da Mãe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	RG

**DADOS DEPENDENTE – 04**

Nome			CPF
Nome da Mãe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	RG

**DADOS DEPENDENTE – 05**

Nome			CPF
Nome da Mãe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	RG

**1º CARTÃO SAÚDE**

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Dependente 4 R\$	Dependente 5 R\$	Dependente 6 R\$	Dependente 7 R\$
-------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

**2º AUXÍLIO FUNERAL** R\$:3.500,00  Standard R\$:5.500,00  Luxo R\$: 7.000,00  Super Luxo

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Dependente 4 R\$	Dependente 5 R\$	Dependente 6 R\$	Dependente 7 R\$
-------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

**3º PLANO ODONTOLÓGICO**

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Dependente 4 R\$	Dependente 5 R\$	Dependente 6 R\$	Dependente 7 R\$
-------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

**4º SEGURO DE VIDA**

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Dependente 4 R\$	Dependente 5 R\$	Dependente 6 R\$	Dependente 7 R\$
-------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

**5º ASSISTÊNCIA 24 HORAS**

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Dependente 4 R\$	Dependente 5 R\$	Dependente 6 R\$	Dependente 7 R\$
-------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

**Benefício (R\$)** **Prazo Certo** (1510)  
Tempo de cobertura em anos: 05 10 20 **Morte Acidental** (1501) **Doença Graves** (1780) **Pensão por Morte** (2010)Tempo de cobertura em anos: 05 10 20**Benefício (R\$)** **DIT C/LER E DORT** (1782) **DIT C/LER E DORT E IPA Maj.**(1784) **DHI - Qnt. de diárias:** 150 (2214) 200 (2215)  250 (2216)**Benefício (R\$)****CONTRIBUIÇÃO TOTAL R\$**

DECLARO, para todos os fins de direito, que:

1. Tenho interesse em ingressar no Sistema Independente de Saúde Individual e Familiar, na qualidade de participante titular, juntamente com meus dependentes.
2. Estou de acordo que o início da vigência contratual será em (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_).
3. Li, compreendi e aceito, integralmente, os termos do do Contrato Particular de Adesão ao Sistema Independente de Saúde Individual e Familiar.

ESTOU CIENTE que:

4. Esta Proposta de Adesão é parte integrante do Contrato Particular de Adesão ao Sistema Independente de Saúde Individual e Familiar.
5. Sou o único responsável pela exatidão das informações cadastrais (própria e de meus dependentes) me comprometendo a mantê-las devidamente atualizadas, por escrito, acompanhadas da entrega de documentos comprobatórios.
6. A qualquer tempo, e sempre que solicitado(a) pela ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS), fornecerei cópias dos documentos comprobatórios da veracidade das informações prestadas e/ou outras que se fizerem necessárias.
7. É de minha exclusiva responsabilidade o pagamento integral das taxas de adesão e de administração anual **e extra (paga em dezembro de cada ano)**, tanto minha quanto de meu(s) beneficiário(s).
8. Sobre os valores em atraso será aplicada atualização monetária pela variação do IPCA e encargos financeiros (juros de mora de 2% e multa de 10%).
9. Que, a cada 12 (doze) meses será aplicado reajuste nas taxas de adesão e de administração anual a cada 12 (doze) meses pela variação do IPCA ou outro índice oficial que vier a substituí-lo.
10. Caso haja interesse em promover a denúncia antecipada do contrato, caber-me-á protocolar pedido na sede ou filial da ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS), manifestando meu interesse em desligar-me do Sistema Independente Saúde Individual e Familiar, juntamente ou não com os meus dependentes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
11. Na hipótese de denúncia unilateral, a ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS) devolverá o valor da taxa de administração mensal proporcional (caso tenha sido paga, integralmente e antecipadamente quando da adesão ao Sistema Independente de Saúde Individual e Familiar, no ato de meu desligamento e de meus dependentes.
- 12. Caso a denúncia unilateral seja feita antes de esgotado o prazo de fidelidade (24 meses), será cobrada multa de 20% (vinte por cento) do valor global do contrato, considerando que a taxa de administração anual foi fixada pela ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA ME (ABESP BENEFÍCIOS) na expectativa de manutenção de vínculo de longo prazo.**
13. Do montante a ser devolvido pela ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS) será descontado o percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor da taxa de administração paga, a título de multa rescisória, calculado sobre o valor global do contrato.
14. Não será devolvida a taxa de adesão.
15. Que o pedido de cancelamento da inscrição no Sistema Independente de Saúde Individual e Familiar exige a prévia e formal devolução dos cartões personalizados da ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS) do titular e dependentes.
16. Que, na hipótese de extravio dos cartões personalizados da ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS), serei obrigado(a) a firmar declaração de extravio, respondendo pela utilização indevida da cobertura assistencial feita por mim ou dependentes.
17. Que a ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA. (ABESP BENEFÍCIOS) não é operadora de planos ou seguradora especializada de saúde e que o Sistema Independente de Saúde Coletivo não é plano ou seguro saúde, e concorda, sem restrições, e não oferece prestação continuada de assistência à saúde ou cobertura de custos assistenciais e quaisquer tipos de coberturas e/ou garantias de pagamentos.

AUTORIZO:

18. Que a ABESP CNPJ/MF 13.155.159/0001-27 ou ABESPCLUBE CNPJ 29.178.059.0002-37 efetue o desconto dos valores das taxas de adesão e de administração mensal ou anual por todos os meios legais cabíveis (folha de pagamento, débito em conta-corrente, boleto bancária), ou Cartão de crédito, cujos dados se encontram informados nesta Proposta de Adesão, responsabilizando-me por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente por mim e meus dependentes, cobrados pela rede conveniada.
19. Que - por conta da necessidade de cadastramento de dados e adoção de procedimentos operacionais junto aos parceiros comerciais-a vigência contratual iniciar-se-á no 1 de mês subsequente ao pagamento da 1ª. mensalidade, efetuada no ato da contratação de adesão ao Sistema Independente de Saúde Individual e Familiar.
20. Que haverá carência de 3 (três) meses para cobertura do auxílio funeral, contada a partir da data de pagamento da 1ª mensalidade.
21. Que a falta de pagamento de 2 (duas) mensalidades- sucessivas ou não - implicará no cancelamento da adesão (titular e/ou dependentes) ao Sistema Independente de Saúde individual e Família-independente de notificação - podendo a ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA adotar providências administrativas ( inclusive negatificação do nome do devedor em cadastro de restrição de crédito - SPC ou Serasa) e judiciais para resguardo de seus interesses.

---

Data

---

Assinatura do Titular / Contratante

---

Nome / Assinatura / Código / Consultor de venda

---

Nome / Assinatura / Código / Coordenador da equipe de vendas

---

Carimbo e assinatura ABESP CLUBE DE BENEFÍCIOS GARANTIA LTDA.

Nome do(a) associado(a) titular		
Nome do(a) responsável do pagamento		Matrícula Funcional do(a) Servidor(a)
Órgão Consignantes		Código do Convênio:
Estabelecimento		Atendente
CNPJ:	Empresa:	
Plano contratado:		

## Autorização para consignação em folha de pagamento

O (A) funcionário(a) acima qualificado(a) vem requerer que seja averbado e consignado nos seus vencimentos mensais, os valores abaixo discriminados para repasse a ABESP declaro neste ato estar ciente de que os valores serão corrigidos na forma prevista nos Regulamentos dos Planos subscritos, ou com base nos índices legais.

Inclusão     Aumento     Redução

Averbação a partir de:	Mês	Ano
Rubrica de mensalidade:	Cod.	R\$
Rubrica plano odontológico assistencia odontológica	Cod.	R\$
Rubrica de assistência Farmacêutica	Cod.	R\$
<b>Total das Contribuições:</b>	R\$	

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

## Autorização para débito em conta corrente

Alternativamente, caso não haja margem para efetivação da consignação em folha de pagamento, ou se por qualquer motivo não for possível o desconto mediante consignação, autoriza o banco indicado na presente a efetuar o débito em sua conta bancária referente ao(s) planos(s) contratado(s) nos valores descritos no campo próprio e repassar para conta bancária da ABESP. Declaro ainda, que a conta corrente informada abaixo é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, ciente de que qualquer alteração cadastral na conta indicada deverá ser imediatamente comunicada a ABESP. Fica pactuado que se não houver êxito nas tentativas de consignação em folha de pagamento ou débito em conta bancária, o associado autoriza a ABESP a emitir boleto de cobrança em seu nome para pagamento das mensalidades devidas,

Banco	Agência	Conta Corrente	Data Início
Inclusão de Convênio	Identificador	Quantidade débito	<b>99</b>

## Declaração da ciência

O associado signatário declara estar ciente de que havendo inadimplência, os benefícios serão cancelados nos termos das Condições Gerais dos produtos contratados.

Os benefícios devidos ao associado serão pagos nos termos do Regulamento do Plano contratado e Estatuto Social da entidade, desde que, sejam comprimidas as carência 12(doze) contribuições mensais ininterruptos, para ter direito as coberturas decorrentes dos planos contratados. Salvo, o benefício de auxílio ou assistência funeral, cuja carência será de 06 (seis) meses, conforme art.2º do parágrafo 2º do estatuto. Qualquer alteração dos valores contratados, será na folha de pagamento do mês subsequente ao de referência, respeitando-se as datas determinadas pelo órgão consignatário.

BRASÍLIA / DATA

BRASÍLIA / DATA

X  
Assinatura do a ( ) Associado Titular

X  
Assinatura do(a) responsável pelo pagamento para terceiros

Nome do funcionário(a) descontado(a) e/ou correntista	
CPF	RG



