

**Ficha N.º 01: Adesão de Participante Titular Associado nos Planos Familiar Básico e Individual - Seguro METLIFE Assistência Funeral**

**AEBA**

A **AEBA** está oferecendo a oportunidade para que seus associados e vinculados adquiram proteção para um dos momentos mais difíceis na vida de qualquer família através da **METLIFE ASSISTÊNCIA FUNERAL**, um seguro que garante **assistência funeral**, acionada através de um simples telefonema para a Central de atendimento a Clientes:

Capitais e Grandes Centros: **3003-5433**

Demais Regiões: **0800 638 5433**

São oferecidos três planos que se completam de modo a propiciar, subordinada à aprovação prévia da **AEBA**, cobertura para o associado e seus familiares:

- ⇒ PLANO FAMILIAR BÁSICO (Limite: R\$-3.615,43 por funeral): **Cobertura para o participante titular (com idade até 65 anos, no ingresso na Apólice) extensivo ao cônjuge (com idade até 65 anos, no ingresso na apólice) e filhos até atingirem os 21 anos de idade.**
- ⇒ PLANO INDIVIDUAL (Limite: R\$-6.720,29): **Cobertura somente para o participante titular ou vinculado, com idade até 65 anos no ingresso na Apólice.**

**ESTIPULANTE**

|  |                                       |                            |
|--|---------------------------------------|----------------------------|
| <b>AEBA – Associação dos Empregados do Banco da Amazônia</b> |                                       | CNPJ: 15.321.110/0001 – 22 |
| AEBA – Fone: (91) 3242-1766                                  | CASF Corretora – Fone: (91) 3251-9111 | METLIFE – 3003-5433        |

**PARTICIPANTE ASSOCIADO**

|   |               |      |                  |
|---|---------------|------|------------------|
| NOME:   |               |      | DATA NASCIMENTO: |
| ENDEREÇO:   |               |      | BAIRRO:          |
| CIDADE:   | UF:           | CEP: | FONE RESIDÊNCIAL |
| CPF:  | ESTADO CIVIL: |      | LOTAÇÃO:         |
| CÔNJUGE (PREENCHER APENAS SE A OPÇÃO FOR PELO PLANO FAMILIAR BÁSICO): |               |      | DATA NASCIMENTO: |

| <b>COBERTURA</b>              |                           | <b>OPC</b>               | <b>CUSTO MENSAL</b> |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|
| PLANO FUNERAL FAMILIAR BÁSICO | (até 65 anos incompletos) | <input type="checkbox"/> | R\$-14,21           |
| PLANO FUNERAL INDIVIDUAL      | (até 65 anos incompletos) | <input type="checkbox"/> | R\$-40,40           |
|                               |                           | <input type="checkbox"/> |                     |

|   |     |       |
|---|-----|-------|
| TOTAL A SER DESCONTADO POR ASSOCIADO PARTICIPANTE TITULAR ADESÃO NESTA FICHA 01.....  | R\$ | (A)   |
| TOTAL A SER DESCONTADO POR ADESÃO DE PESSOAS VINCULADAS A ESSE ASSOCIADO PARTICIPANTE TITULAR, EM PLANOS ADICIONAIS (VIDE FICHA(S) 02 ANEXA(S)..... | R\$ | (B)   |
| TOTAL A SER DESCONTADO DO ASSOCIADO RESPONSÁVEL.....  | R\$ | (A+B) |

**“AUTORIZAÇÃO”**

Pela presente **autorizo** à **AEBA/CASF CORRETORA** a fazer **descontar dos meus vencimentos**, a quantia acima totalizada, referente às **contribuições mensais de minha responsabilidade para pagamento do Seguro METLIFE Assistência Funeral, Plano(s) de minha opção, contratado(s) com a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S. A.**

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

- 1) Não será exigido o cumprimento de nova **CARÊNCIA** para os participantes do **Plano Individual Complementar** que já a tenham cumprido e que estejam preenchendo o presente formulário apenas para fins de recadastramento.
- 2) No **Plano Familiar Básico**, não será necessário relacionar nominalmente os filhos com até 21 anos de idade. A comprovação do vínculo será feita na eventualidade do sinistro, através de documentação hábil.