

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

AEBA – Associação dos Empregados do Banco da Amazônia	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:

COBERTURA		OPC	CUSTO MENSAL
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.