


**QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO**

Orgão Empregador		Cargo	
Nome			Sexo
Nome da mãe			
Data Nascimento	CPF	Identidade	Estado Civil
Endereço Residencial		Nº	Complemento:
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone Residencial	Celular	Telefone Comercial	
Email			

**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

Parentesco	Estado Civil	Sexo
E - Esposo(a), C - Companheiro(a), F - Filho(a)	S - Solteiro, C - Casado, O - Outros	M - Masculino, F - Feminino

**DEPENDENTE 1**

Nome da mãe			
Data Nascimento	CPF	Parentesco	Sexo

**DEPENDENTE 2**

Nome da mãe			
Data Nascimento	CPF	Parentesco	Sexo

**DEPENDENTE 3**

Nome da mãe			
Data Nascimento	CPF	Parentesco	Sexo

**DEPENDENTE 4**

Nome da mãe			
Data Nascimento	CPF	Parentesco	Sexo

**DEPENDENTE 4**

Nome da mãe			
Data Nascimento	CPF	Parentesco	Sexo

**TAXA DE CADASTRO**

Recebemos do associado qualificado acima a importância de R\$ \_\_\_\_\_ Por extenso \_\_\_\_\_  
 referente à Taxa de Cadastro, para adesão ao benefício escolhido conforme termo de adesão.

Consultor: \_\_\_\_\_

Corretora: \_\_\_\_\_



A **Caixa de Assistência dos Trabalhadores e Servidores Públicos e de Empresas de Controle Estatal – ABTS** é uma sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ 05.132.806/0001-57, criada em 11 de março de 2002, com o objetivo de ser uma entidade especialista em gestão de benefícios, proporcionando aos trabalhadores e servidores públicos associados e seus dependentes soluções completas, definitivas e eficazes na análise, contratação e implementação de benefícios, por meio de parcerias estratégicas com empresas que atendam as necessidades do segmento dos servidores públicos Municipais, Estaduais e Federais. Pela presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido as condições gerais para filiação à ABTS, **ESTOU CIENTE E CONCORDO QUE:**

1. A **proposta associativa** (solicitação de filiação) à **ABTS** é composta por duas páginas: a primeira contendo os dados cadastrais e a segunda com as condições gerais para filiação;
2. A ABTS, com intuito de atender seus objetivos, disponibiliza aos seus associados os serviços de seus parceiros, sendo que a administração destes é responsabilidade exclusiva da entidade perante os parceiros comerciais. Todos os associados estarão sujeitos às condições técnicas e comerciais específicas exigidas pela ABTS e seus parceiros, podendo ser alteradas visando à melhor prestação do serviço;
3. Para aceitação da proposta associativa o proponente atesta ser servidor público ativo, em pleno exercício da atividade profissional, comprovada por meio de **contracheque** atualizado, apresentado no ato da filiação com o correto preenchimento dos dados cadastrais, de forma legível (letra de forma), sem rasuras, e acompanhado de cópia dos seguintes documentos: **Titular:** RG, CPF e comprovante de residência; **Cônjuge:** RG, CPF e certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida em cartório; **Filhos:** RG, CPF e ou certidão de nascimento;
4. Para a validação do cadastramento o associado efetuará o pagamento da Taxa de Cadastro no ato do preenchimento da solicitação de filiação, que é parte integrante desta proposta:
  - a. O valor da Taxa de Cadastro equivale ao valor do benefício escolhido, conforme contrato de adesão assinado neste ato, e deve ser paga ao consultor no ato da subscrição desta proposta. Sendo que tal valor poderá sofrer alterações mediante campanhas de captação de novos associados, sempre a critério da ABTS;
  - b. A taxa de cadastro não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento do valor referente à primeira mensalidade do benefício escolhido;
  - c. Quando da inclusão posterior de dependentes, a Taxa de Cadastro será equivalente ao valor dos benefícios dos mesmos.
5. Para permanecer como associado da ABTS, o titular contribuirá com uma mensalidade associativa no valor de R\$ 18,90 (dezoito reais e noventa centavos), indispensável para à manutenção de sua filiação junto a ABTS, assegurando assim o acesso aos benefícios disponibilizados pela caixa de assistência, ciente ainda que tal valor será atualizado anualmente por meio de justificativa e aprovação do Conselho Diretor, através de Assembleia Geral. A cobrança da mensalidade associativa será efetuada juntamente com a mensalidade do benefício escolhido, para custeio administrativo da ABTS;
6. A falta de pagamento da mensalidade associativa poderá acarretar em exclusão da ABTS, conforme prazo estabelecido em contrato de adesão, e com isso não ser mais elegível aos benefícios disponibilizados pela ABTS;
7. O associado autoriza e reconhece a cobrança das mensalidades dos benefícios contratados através de débito em conta, desconto em folha de pagamento ou boleto bancário emitido pela própria ABTS ou por uma empresa terceirizada, conforme contrato preestabelecido entre as partes (ABTS/Empresa);
8. A ABTS não se responsabiliza e não reconhece pagamentos a terceiros ou de forma diferente à estabelecida no item 07 desta proposta;
9. O vencimento relativo às mensalidades dos benefícios será de acordo com o preestabelecido entre a ABTS e seus parceiros, sendo que tal data constará no contrato de adesão do benefício escolhido pelo usuário, sempre no modelo de pré-pagamento;
10. A falta de pagamento das mensalidades dos benefícios poderá acarretar em suspensão do atendimento dos benefícios escolhidos. O associado titular deve estar atento aos prazos de suspensão e cancelamento, preestabelecidos em seu contrato de adesão assinado no momento da contratação do benefício, evitando assim a suspensão de atendimento e cancelamento do seu plano de saúde. Caso isso ocorra, não será eximida a responsabilidade do associado titular em arcar com os valores em aberto. A ABTS poderá ainda informar as referidas pendências aos órgãos de proteção ao crédito;
11. É facultado à ABTS, ao seu critério, solicitar ao associado titular o envio dos documentos constantes do item 3 desta proposta associativa a qualquer momento, visando manter seu cadastro sempre atualizado, bem como certificar sua elegibilidade e a situação da atividade profissional. Caso o envio dos documentos requeridos não seja efetuado em até 30 dias após a solicitação, a ABTS poderá efetuar a exclusão do associado e seus dependentes do seu quadro associativo;
12. A ABTS poderá, a qualquer momento, sem aviso prévio e a seu exclusivo critério, excluir o associado da caixa de assistência e por consequência, dos benefícios escolhidos nos seguintes casos:
  - a. Fraude na apresentação dos dados cadastrais;
  - b. Fraude na utilização dos benefícios;
  - c. Descumprimento de qualquer das obrigações deste termo pelo associado.
13. Os associados reconhecem que todos os contratos de benefícios são coletivos, firmados entre a ABTS e as empresas parceiras, portanto, elegem a ABTS como seu representante junto às prestadoras de serviços;
14. É facultada a ABTS, ao seu critério, e respeitando seus preceitos estatutários, optar pela troca da empresa prestadora de serviços do contrato coletivo de benefício, cabendo aos associados que discordarem da mudança, optarem por exercer seu direito de recesso;
15. Os benefícios da ABTS também são extensivos aos familiares dos associados, cônjuges, filhos e netos, desde que os mesmos possam permanecer na condição de dependente junto aos prestadores de serviços;
16. Os benefícios são coletivos e os associados e seus dependentes são conscientes e que a utilização indevida e desenfreada pode vir a trazer consequências negativas para todo grupo, como no reajuste da mensalidade em caso de alto índice de utilização;
17. Essa solicitação de filiação somente será efetivada após análise técnica por parte da ABTS e seus parceiros. Em caso de não aceitação, a Taxa de Cadastro será devolvida ao proponente titular.

**Declaro que li e estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos e cláusulas das condições deste instrumento. Também estou ciente de que, de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se eu tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, perderei todo e qualquer direito inerente à mesma, assim sendo, autorizo minha inclusão como associado (a) da Caixa de Assistência dos Trabalhadores e Servidores Públicos e Empresas de Controle Estatal – ABTS.**

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Associado

  
Caixa de Assistência dos Trabalhadores e Servidores Públicos e de Empresas de Controle Estatal

