



ABPL - Associação Brasileira dos Profissionais Liberais

Termo de Solicitação de Admissão e Adesão à ABPL e Proposta de Adesão a Plano de Assistência Médica

Proposta nº

QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

NOME:			DATA NASC.:		SEXO: MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
RG Nº.:	EMISSOR:	CPF	PROFISSÃO		ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:						
BAIRRO:		CEP:	MUNICÍPIO:		ESTADO:	
TELEFONE RESIDENCIAL:		TELEFONE CELULAR:		E-MAIL:		
ENDEREÇO PROFISSIONAL:						
BAIRRO:		CEP:	MUNICÍPIO:		ESTADO:	
TELEFONE COMERCIAL:			E-MAIL:			
NOME DA MÃE:						
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIAS E COBRANÇAS: <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL						

RELAÇÃO DE DEPENDENTES E AGREGADOS (anexar cópia de documento comprovando vínculo com Associado)

Nº	NOME	PARENTESCO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
1				
2				
3				
4				

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ADMISSÃO E ADESÃO

Eu, acima qualificado, por este termo, solicito minha inclusão como Sócio Contribuinte da ABPL – Associação Brasileira dos Profissionais Liberais, e a dos meus dependentes e agregados acima qualificados como Sócios Dependentes, assumindo o pagamento mensal de R\$ 10,00 (dez reais), a título de contribuição associativa, o que assegura, a mim e aos meus dependentes e agregados, o direito de usufruir de todos os benefícios disponibilizados pela ABPL nos termos de seu Estatuto Social, com o qual concordo e declaro conhecer e estar disponível na sede da Entidade.

Declaro estar ciente que enquanto mantiver minha adesão ao Plano de Assistência Médica da ABPL ficarei isento do pagamento da contribuição mensal associativa.

TERMO DE ADESÃO A PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, acima qualificado, declaro, ainda, ter tomado conhecimento do conteúdo do contrato do Plano de Assistência Médica ora ofertado de acordo com a legislação 9656/98, juntamente com tabela de preços e condições de carências e, por estar de acordo, assino a presente Proposta de Adesão ao Plano de Assistência Médica e Declaração "Termo de Responsabilidade" para os devidos fins e efeitos:

- 1 – Que assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas nesta Proposta de Adesão ao Plano de Assistência Médica, e que tais informações a meu respeito e de meus dependentes e agregados são verdadeiras e completas.
- 2 – Que tenho ciência que cumprirei as carências especificadas no Contrato da ABPL com a operadora do Plano de Assistência Médica.
- 3 – Tenho conhecimento de que no valor ora contratado para o Plano de Assistência Médica, está contido além do valor do repasse a Operadora do Plano de Assistência Médica, a taxa administrativa da associação e que é cobrado em boleto bancário pela ABPL.
- 4 – Tenho conhecimento que os benefícios decorrentes do Plano de Assistência Médica passam a ter validade após a aceitação e efetivo cadastramento pela Operadora do Plano de Assistência Médica.
- 5 – Ter ciência de que para que o CONTRATO seja rescindido é necessário que o associado comunique à associação sua exclusão do Plano de Assistência Médica, com antecedência de no mínimo 60 (sessenta) dias, por escrito a ABPL, sob pena de ter que arcar com as mensalidades em atraso.
- 6 – Tenho conhecimento que o atraso de 60 (sessenta) dias acarretará no cancelamento automático de meu plano de Assistência Médica sem necessidade de minha autorização específica, conforme legislação vigente da ANS (Agência Nacional de Saúde).
- 7 – Tenho conhecimento que o reajuste anual do Plano de Assistência Médica será no mês de aniversário do contrato da ABPL com a Operadora do Plano de Assistência Médica ou em prazo menor caso venha a ser permitido pela legislação.

São Paulo, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Associado

APROVAÇÃO DA DIRETORIA E RATIFICAÇÃO POR ASSEMBLÉIA GERAL

Presidência:	Assembléia Geral:	Sócio No.:
--------------	-------------------	------------

Rua Professor José Horácio M. Teixeira, 975 – 4º andar – CJ 42 – CEP 05630-130 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3501-1555 – Fax.: (11) 3771-3684 – www.abpl.org.br - abpl@abpl.org.br