

**Ficha N.º 01: Adesão de Participante Titular Associado nos Planos Familiar Básico, Individual ou Individual Complementar**  
**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 **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\$3.000,00 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\$3.000,00 por funeral): **Cobertura somente para o participante titular ou vinculado, com idade até 65 anos no ingresso na Apólice.**
- ⇒ PLANO INDIVIDUAL COMPLEMENTAR (Limite: R\$3.000,00): **Cobertura somente para o participante (titular ou vinculado), com idade de 66 até 80 anos no ingresso na Apólice.**

**ESTIPULANTE**

<b>AEBA – Associação dos Empregados do Banco da Amazônia</b>		CNPJ: 15.321.110/0001 – 22
AEBA – Fone: 3242-1766	CORAMAZON – Fone: 4008-9600	METLIFE – BELÉM 3212-4829

**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)	<input type="checkbox"/>	R\$5,39
PLANO FUNERAL INDIVIDUAL (até 65 anos)	<input type="checkbox"/>	R\$2,60
PLANO INDIVIDUAL COMPLEMENTAR (de 66 a 80 anos. Carência de 90 dias)	<input type="checkbox"/>	R\$ 42,80

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/CORAMAZON** 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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

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 cadastramento.
- 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.