

1. DADOS DO(A) SOLICITANTENome CPF: **2. DADOS BANCÁRIOS**Nome do banco: Agência: Dv Agência: Nº Conta: Dv Conta: Tipo de conta: Corrente Poupança

Os dados bancários devem ser do **próprio solicitante**, pessoa física, maior de idade. Utilizado para débito em conta, reembolso, restituição e devoluções.

1. Autorizo o estabelecimento bancário acima especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da Geap Autogestão em Saúde.

2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela Geap Autogestão em Saúde.

3. Estou ciente que para ativação do serviço de Débito Automático deverei entrar em contato com meu banco pelos meios de contato por ele definidos para aceitar o pedido de autorização que será emitido pela Geap em até 5 (cinco) dias úteis.

4. Caso ocorra a rejeição do pagamento em Débito Automático, estou ciente que a cobrança da obrigação será emitida por meio de Título de Cobrança Bancário (TCB), com a correção monetária estipulada no regulamento do plano.

5. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.

6. A Geap Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

3. EXCLUSIVO DO(A) SOLICITANTE Local / / Data Assinatura do solicitante**4. EXCLUSIVO DA GEAP** Local / / Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap