GEAP saúde Fundação de assistência ao servidor público

TERMO DE MANUTENÇÃO

1. DA MANUTENÇÃO

Eu,

Brasileiro(a), inscrição Geap:

Matrícula: Oriundo(a) da conveniada:

Portador (a) do RG nº.: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Residente e domiciliado(a) na:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Celular: Tel. Com.: Tel. Res.:

E-mail Pessoal:

Venho, pelo presente, requerer a inscrição/manutenção de vínculo com a GEAP Autogestão em Saúde, na qualidade de beneficiário autopatrocinado, firmando compromisso de assumir o pagamento integral da contribuição para o custeio do Plano_____, na seguinte condição:

Manutenção de titular:

◯ Rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, exoneração de cargo ou redistribuição para órgão não conveniado à Geap, cujo período de permanência no plano será por 24 meses, a contar da data do evento na forma do estabelecido no art. 30 da Lei 9.656/98. Data de finalização da cobertura assistencial: _____/_____/_____.

◯ Afastamento da conveniada/patrocinadora por motivo de aposentadoria, tendo contribuído ao plano por mais de 10 anos, cujo período de permanência no plano será por tempo indeterminado, na forma do estabelecido no art. 31 da Lei 9.656/98.

◯ Afastamento da conveniada/patrocinadora por motivo de aposentadoria, tendo contribuído ao plano por prazo inferior a 10 anos, cujo período de permanência no plano será proporcional ao tempo de contribuição, na forma do estabelecido no art. 31 da Lei 9.656/98. Data de finalização da cobertura assistencial: _____/_____/_____.

◯ Afastamento temporário da conveniada/patrocinadora, por motivo de licença sem vencimentos, ou afastamento legal, cujo período de permanência no plano coincidirá com o período de licença ou do afastamento legal. Data de finalização da cobertura assistencial: _____/_____/_____.

- **OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO:**

Os beneficiários poderão optar por permanecer nos planos por tempo indeterminado além das condições descritas nos itens acima, desde que não recaia nas condições de exclusão do plano elencados nos regulamentos, uma vez que terá seu retorno vedado.

◯ Solicito a permanência por tempo indeterminado, além dos prazos descritos nos itens acima.

Permanecerão como beneficiários do titular autopatrocinado:

Nome do beneficiário (dependente e beneficiário do grupo familiar)	**Plano/Vínculo** (Parentesco)

TERMO DE MANUTENÇÃO

Venho, pelo presente, requerer a inscrição/manutenção de vínculo com a GEAP Autogestão em Saúde, na qualidade de **beneficiário autopatrocinado**, firmando compromisso de assumir o pagamento integral da contribuição para o custeio do Plano_____, na seguinte condição:

Manutenção de dependente do instituidor

◯ Dependente do Instituidor, tendo em vista o falecimento do titular, ocorrido em _____/____/____, cujo período de permanência no plano será por 24 meses, a contar da data de óbito na forma do estabelecido no art. 30 da Lei 9.656/98. Data de finalização da cobertura assistencial:_____/_____/_____. Para o dependente cujo titular já se encontrava na condição de autopatrocinado, o prazo corresponderá ao tempo faltante para cancelamento do plano.

◯ Dependente do Instituidor, tendo em vista o falecimento do titular aposentado, ocorrido em _____/____/____, tendo sido contribuinte do plano por mais de 10 anos, cujo período de permanência no plano será por tempo indeterminado, na forma estabelecida no art. 31 da Lei 9.656/98.

◯ Dependente do Instituidor, tendo em vista o falecimento do titular aposentado, ocorrido em _____/____/____, tendo sido contribuinte do plano por menos de 10 anos, cujo período de permanência no plano será proporcional ao tempo de contribuição, na forma estabelecida no art. 31 da Lei 9.656/98. Data de finalização da cobertura assistencial: _____/____/____. Para o dependente cujo Titular já se encontrava na condição de autopatrocinado, o prazo corresponderá ao tempo faltante para cancelamento do plano.

- **OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO:**

Os beneficiários poderão optar por permanecer nos planos por tempo indeterminado além das condições descritas nos itens acima, desde que não recaia nas condições de exclusão do plano elencados nos regulamentos, uma vez que terá seu retorno vedado.

◯ Solicito a permanência por tempo indeterminado, além dos prazos descritos nos itens acima.

Manutenção do grupo familiar

◯ Grupo familiar desvinculado, tendo em vista o falecimento do titular, ocorrido em _____/____/____, cujo período de permanência no plano será por 24 meses, a contar da data de óbito na forma do estabelecido no art. 30 da Lei 9.656/98. Data de finalização da cobertura assistencial: _____/_____/_____. Para os beneficiários do grupo familiar cujo titular já se encontrava na condição de autopatrocinado, o prazo de manutenção corresponderá ao tempo faltante para cancelamento do plano.

◯ Grupo familiar desvinculado, tendo em vista o falecimento do titular aposentado, ocorrido em_____/____/____, tendo sido contribuinte do plano por mais de 10 anos, cujo período de permanência será por tempo indeterminado, na forma estabelecida no art. 31 da Lei 9.656/98.

◯ Grupo familiar desvinculado, tendo em vista o falecimento do titular aposentado, ocorrido em_____/____/____, tendo sido contribuinte do plano por menos de 10 anos, cujo período de permanência será proporcional ao tempo de contribuição, na forma estabelecida no art. 31 da Lei 9.656/98. Data de finalização da cobertura assistencial: _____/____/____. Para os beneficiários do grupo familiar, cujo titular do plano já se encontrava na condição de autopatrocinado, o prazo corresponderá ao tempo faltante para cancelamento do plano.

◯ Grupo familiar desvinculado, tendo em vista o cancelamento do titular, ocorrido em _____/____/____.

- **OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO:**

Os beneficiários poderão optar por permanecer nos planos por tempo indeterminado além das condições descritas nos itens acima, desde que não recaia nas condições de exclusão do plano elencados nos regulamentos, uma vez que terá seu retorno vedado.

◯ Solicito a permanência por tempo indeterminado, além dos prazos descritos nos itens acima.

1.1. O signatário deste instrumento declara estar ciente de todas as normas da GEAP Autogestão em Saúde pertinentes a essa pactuação, especialmente os compromissos financeiros de que trata o item 2 deste documento e os motivos de cancelamento do plano.

2. DA CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO

2.1. O beneficiário autopatrocinado deverá recolher, mensalmente, a partir da competência : _____/_____, à conta da GEAP Autogestão em Saúde, através de documento de recolhimento específico fornecido pela operadora, a contribuição integral para custeio do plano.

2.2. As contribuições integrais para o plano corresponderão ao somatório da parcela relativa a parte da patrocinadora/conveniada (per capita), acrescida da contribuição por faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano, definida pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde ou seu sucessor.

2.3. Independentemente do disposto no item 2.2, a contribuição para o plano será avaliada atuarialmente sempre que ocorrerem eventos determinantes de alterações nas despesas do plano.

2.4. A contribuição do titular autopatrocinado está sujeita a reajustes e reescalonamentos, de acordo com o que o Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde vier a estabelecer.

2.5. As participações no custeio dos serviços de saúde e assistenciais utilizados pelo dependente autopatrocinado serão cobradas através de documento próprio emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, obedecendo o valor máximo estipulado por normas vigentes desta operadora.

2.6. Serão cobrados encargos por atraso das contribuições e participações não liquidadas até as datas de vencimento estipuladas, de acordo com percentuais estabelecidos pelas normas em vigor.

3. DAS COMPETÊNCIAS DO BENEFICIÁRIO AUTOPATROCINADO

3.1. Acatar as normas da GEAP Autogestão em Saúde pertinentes ao plano, estando estas em consonância com as definições da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.2. Apresentar à GEAP Autogestão em Saúde, sempre que solicitado, os documentos de recolhimento das contribuições e participações, devidamente quitadas.

3.4. Manter atualizados os dados cadastrais, junto à GEAP Autogestão em Saúde, inclusive dos seus dependentes e beneficiários do grupo familiar.

4. DAS COMPETÊNCIAS DA GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE

4.1. Proporcionar os serviços assistenciais cobertos pelo plano, previstos nos seus programas, aos beneficiários, regularmente inscritos no plano, enquanto vigorar o vínculo com a GEAP Autogestão em Saúde.

4.2. Fornecer documento de identificação (CIB) aos beneficiários.

5. DA RESCISÃO

5.1. Este termo será rescindido quando:

5.1.1.O plano for cancelado pela GEAP Autogestão em Saúde.

5.1.2.Não havendo o pagamento das contribuições, participações e/ou parcelamento de débitos, por período superior a 60 (sessenta) dias, a GEAP Autogestão em Saúde fica autorizada a cancelar automaticamente o(s) beneficiário(s) vinculados à esta inscrição e do grupo familiar inscritos no plano, sem prejuízo das demais medidas administrativas e judiciais cabíveis.

5.1.3. Caso o beneficiário não quite o seu saldo de participação, se houver, no ato do cancelamento, ou ainda no surgimento de eventuais despesas futuras, estará sujeito à cobrança judicial e/ou extrajudicial.

5.1.4. Uso indevido, conforme o previsto no regulamento do plano.

5.1.5. A pedido do beneficiário.

5.1.6. No ato do cancelamento do plano o beneficiário autopatrocinado, deverá quitar o seu saldo devedor de contribuição e/ou participação (se houver), podendo parcelá-lo e em caso de retorno, estará sujeito ao novo período de carência, conforme as normas vigentes.

5.1.7. Eu, ora signatário, declaro estar ciente em continuar vinculado e/ou me inscrever no plano, como beneficiário autopatrocinado, aceitando as condições acima expostas e prevista nos regulamentos dos planos. Declaro também que as informações prestadas neste termo são verídicas, pelas quais assumo as responsabilidades legais.

Beneficiário autopatrocinado

Local	Data	Assinatura do(a) beneficiário(a) ou responsável legal
_____	_____/_____/_____	_____

Exclusivo da Geap

Local	Data	Assinatura do(a) Empregado(a) Geap
_____	_____/_____/_____	_____

ANEXO I
AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

NOME BENEFICIÁRIO:_____ CPF:_____

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo 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 cinco dia úteis.

4. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.

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.

Banco: Nº_____, Agência: _____DV:_____, Nº da conta:_____DV:_____

_____	____/____/_____	_____
Local	Data	Assinatura