

### 1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário que será mantido no plano, podendo ser titular, dependente ou agregado. Em caso de manutenção do titular, todos os dependentes e agregados serão mantidos automaticamente.

Não será permitido a manutenção de dependente e agregado sem o respectivo titular, exceto em caso de óbito do titular.

### 2. MOTIVO DA MANUTENÇÃO

- Aposentadoria  
 Exoneração/demissão sem justa causa  
 Licença  
 Óbito do titular

### 3. DADOS DO TITULAR

O(a) beneficiário(a) titular está aposentado(a)?

- Não  
 Sim

**Preenchimento obrigatório quando o titular da inscrição for aposentado**

O(a) beneficiário(a) contribuiu para o pagamento de outro plano de saúde antes da Geap?

- Não  
 Sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

### 4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG/CNH: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

DDD + Celular Pessoal: \_\_\_\_\_ DDD + Celular Alternativo: \_\_\_\_\_ DDD + Tel. Res.: \_\_\_\_\_ DDD + Tel. Com.: \_\_\_\_\_  
( ) ( ) ( ) ( )

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_

### 5. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Dv Agência: N° Conta: \_\_\_\_\_ Dv Conta: Tipo de conta: \_\_\_\_\_  
 Corrente  Poupança

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

### 6. MANUTENÇÃO

Solicito a minha manutenção no Plano de Saúde da Geap, na condição de beneficiário autopatrocinado, acompanhado dos dependentes e agregados já inscritos, quando houver, assumindo o pagamento integral da contribuição/mensalidade, nos termos disposto no Regulamento do Plano, nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e na Resolução Normativa nº 488/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, ou outra que venha a substituí-la. Estou ciente das regras de inadimplência, suspensão e cancelamento do plano.

Atualizado em: março 2024

**7. DO PRAZO DE PERMANÊNCIA**

- 7.1. Rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, ou exoneração de cargo, cujo período de permanência no plano será de no máximo de 24 meses, a contar da data do evento na forma do estabelecido no art. 30 da Lei 9.656/98.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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.
- 7.4. 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.
- 7.5. Dependentes e agregados, tendo em vista o falecimento do titular, cujo período de permanência no plano será de no máximo de 24 meses, a contar da data de óbito na forma do estabelecido no art. 30 da Lei 9.656/98.
- 7.6. Dependentes e agregados, tendo em vista o falecimento do titular aposentado, 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.
- 7.7. Dependentes e agregados, tendo em vista o falecimento do titular aposentado, 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.

**7. DA CONTRIBUIÇÃO/MENSALIDADE**

- 8.1. O beneficiário autopatrocinado deverá recolher, mensalmente, a partir da manutenção à conta da Geap Autogestão em Saúde, através de documento de recolhimento específico fornecido pela operadora, a contribuição integral para custeio do plano.
- 8.2. As contribuições integrais para o plano corresponderão ao somatório da parcela relativa à 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.
- 8.3. Independentemente do disposto no item 8.2, a contribuição para o plano será avaliada atuarialmente sempre que ocorrerem eventos determinantes de alterações nas despesas do plano.
- 8.4. A contribuição do titular autopatrocinado está sujeita a reajustes e reescalamentos, de acordo com o que o Conselho de Administração da Geap Autogestão em Saúde vier a estabelecer.
- 8.5. 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.
- 8.6. 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.

**8. DAS COMPETÊNCIAS DO BENEFICIÁRIO AUTOPATROCINADO**

- 9.1. 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.
- 9.2. Apresentar à Geap Autogestão em Saúde, sempre que solicitado, os documentos de recolhimento das contribuições e participações, devidamente quitadas.
- 9.3. Manter atualizados os dados cadastrais, junto à Geap Autogestão em Saúde, inclusive dos seus dependentes e beneficiários do grupo familiar.

**10. DAS COMPETÊNCIAS DA GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

10.1. 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.

10.2. Fornecer ao beneficiário a versão física e digital do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB.

**11. DA EXCLUSÃO**

11.1. Este termo será rescindido quando:

11.2. Decisão administrativa ou judicial.

11.3. A pedido do beneficiário a qualquer tempo observado o disposto na Resolução Normativa n.º 561/2022, da ANS, ou outra que venha a substituí-la.

11.4. Por fraude ou uso indevido do plano, mediante apuração em processo interno da Geap, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis.

11.5. Encerramento ou rescisão do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora ao qual o beneficiário estiver vinculado.

11.6. Por inadimplemento pelo não pagamento ou da diferença, da contribuição/mensalidade, da coparticipação e do per capita autopatrocinado por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, ou ainda, pelo inadimplemento referente ao parcelamento de débitos, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias.

11.7. Não havendo o pagamento das contribuições, participações e/ou parcelamento de débitos, a Geap Autogestão em Saúde fica autorizada tomar as medidas cabíveis, inclusive de suspensão do atendimento e cancelamento do(s) beneficiário(s) vinculados à esta inscrição e do grupo familiar inscritos no plano, sem prejuízo das demais medidas administrativas e judiciais.

11.8. 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 verdadeiras, pelas quais assumo as responsabilidades legais.

**12. EXCLUSIVO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) beneficiário(a) / responsável legal ou titular quando se tratar de beneficiário(a) menor de 18 (dezoito) anos.

**13. EXCLUSIVO DA GEAP**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Empregado(a) Geap