

1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário agregado. Se for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo II, pelo genitor, tutor ou curador do menor e/ou incapaz. A adesão no plano está condicionada as regras do Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

2. TIPO DE ADESÃO

Origem da adesão: Geap Plataforma, qual? _____

Adesão/Reingresso com portabilidade de carências Não Sim, observar o disposto nos regulamentos dos planos.

3. DADOS DO PLANO

Nome do Plano:

4. DADOS DO TITULAR

Nome do titular:

CPF do titular:

5. DADOS DO AGREGADO

Nome:

Nome Social:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

 Masculino Feminino

Data de nascimento:

Grau de Parentesco:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Cor/raça:

 Amarela Branca Indígena Parda Preta

CNS:

Identidade:

Órgão Expedidor: UF:

Data de emissão:

Possui deficiência? Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):

<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiência física
<input type="checkbox"/> Deficiência psicossocial	<input type="checkbox"/> Deficiência visual	<input type="checkbox"/> Não possui

Endereço:

CEP: Bairro: Cidade: UF: DDD + Celular Pessoal: DDD + Celular Alternativo: DDD + Tel. Res.: DDD + Tel. Com.: E-mail Pessoal: Autoriza o envio de SMS marketing: Sim Não Autoriza o envio de e-mail marketing: Sim Não

6. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco: Agência: Dv Agência: Nº Conta: Dv Conta: Tipo de conta: Corrente Poupança

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

7. PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE - PEP

Você é uma Pessoa Exposta Politicamente? Sim Não

Pessoa que tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos, ou funções públicas relevantes, assim como os seus representantes, pessoas de seu relacionamento e familiares (Circular 3978 de 23/1/2020).

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

8.1 Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I- Confirmando a leitura e estou de acordo com todo o disposto no Estatuto da Geap Autogestão em Saúde, o regulamento do plano ao qual estou aderindo, a relação da rede prestadora de serviços vinculada ao meu plano, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, que estão disponíveis no endereço eletrônico da Geap: www.geap.org.br, bem como de todo o teor do Convênio por adesão ao qual sou vinculado disponibilizado, por meio da minha patrocinadora;

II - Autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos meus dados pessoais e pessoais sensíveis, em razão do objeto do formulário de adesão, sendo condição para a prestação de assistência à saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD. Estando assegurado ao titular do dado pessoal e pessoal sensível, mediante requisição, a qualquer momento, obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teleatendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas;

III - Se o(a) beneficiário(a) agregado for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, tenho ciência que será necessário o preenchimento dos Anexo II e III pelo curador(a), detentor (a) da guarda, genitor(a) ou tutor(a) do(a) menor e/ ou incapaz.

IV - Tenho ciência que, assumo o compromisso junto à Geap Autogestão em Saúde de pagar as contribuições e coparticipações referentes ao plano ao qual estou inscrito(a), ou está inscrito(a) o(a) menor e/ou incapaz do qual sou responsável, tendo a ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar o cancelamento da minha inscrição ou do(a) menor e/ou incapaz do qual o titular é responsável, bem como a inclusão do CPF no cadastro do Serasa;

V - Tenho ciência que em caso de exclusão do(a) beneficiário(a) titular, por quaisquer motivos, serei cancelado(a) do plano observadas as regras do regulamento do plano ao qual estou vinculado.

VI - Para o plano GEAP Família o(a) beneficiário(a) deverá pagar a primeira contribuição no ato da assinatura do formulário de adesão, proporcional aos dias de cobertura no referido mês.

EXCLUSIVO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

_____ / ____ / ____
Local Data

Assinatura do(a) beneficiário(a)/ responsável legal quando se tratar de beneficiário(a) menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz.

EXCLUSIVO DA GEAP

_____ / ____ / ____
Local Data

Assinatura do(a) Empregado(a) Geap