

1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário titular. Quando for incluir dependente ou agregado utilizar o formulário específico. Titular ou dependente copatrocinado deve solicitar autorização da patrocinadora. 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/Reativação 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: _____ Data de nascimento: _____

Nome Social: _____

CPF: _____ Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: _____

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):

Deficiência auditiva	Deficiência intelectual	Deficiência física
Deficiência psicossocial	Deficiência visual	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

5. 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.

6. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora:

Matrícula:

Data da Admissão:

Cargo:

Situação:

☐ Aposentado☐ Ativo☐ Cargo em comissão☐ Cedido☐ Pensionista☐ Requisitado☐ Temporário☐ Licença

Remuneração

Ref. Mês/Ano:

/

Vínculo com sindicato:

Sim

Não

Nome do sindicato:

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. ADESÃO

8.1 Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão, celebrado entre a Geap Autogestão em Saúde e a patrocinadora a qual estou vinculado, bem como a inscrição do(a) dependente(s) e agregado(s), se houver, respectivamente, para o plano escolhido.

9. TERMO DE RESPONSABILIDADE

9.1 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 - Tenho conhecimento que, caso inclua dependente e/ou agregado, sendo esse último menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, deverão ser preenchidos documentos específicos (formulário de adesão dependente e/ou formulário de adesão agregado), disponibilizados no site da Geap: www.geap.org.br, com a minha assinatura em campo prefixado nos respectivos formulários;

IV - Tenho conhecimento que, caso inclua dependente menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz será necessário o preenchimento e minha assinatura no anexo I do formulário de adesão dependente. Em se tratando de beneficiário agregado menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz o preenchimento e assinatura do anexo II do formulário de adesão agregado ficará a cargo do(a) genitor(a) tutor(a) ou curador(a) do menor e/ou incapaz;

V - Tenho conhecimento que, após o meu dependente - filho(a), enteado(a) - completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo no caso do(a) beneficiário(a) titular comprovar os requisitos para a manutenção como dependente copatrocinado, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

VI - Tenho conhecimento que, após o meu dependente - filho(a), enteado(a) - completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será cancelado do plano, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) à Geap, observado o disposto no regulamento do plano ao qual estou aderindo e Convênio por Adesão ao qual estou vinculado;

VII - Tenho conhecimento de que ao aderir ao plano, estou concordando com a forma de custeio e valores vigentes, na data da assinatura do presente termo, sobre o qual manifesto expressa e plena anuência à adesão, o que me foi amplamente esclarecido nesta data, renunciando a qualquer outra forma de custeio.

EXCLUSIVO DO(A) TITULAR

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

EXCLUSIVO DA PATROCINADORA

Autorizamos a inscrição do(a) servidor(a)/empregado(a) informado (a) neste formulário.

_____	____/____/____	<table border="1" data-bbox="901 1561 1473 1767"><tr><td>AUTORIZADOR</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	AUTORIZADOR	
AUTORIZADOR				
Local	Data	Assinatura e Matrícula		

EXCLUSIVO DA GEAP

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