

1. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário que será migrado de plano, podendo ser titular, dependente ou agregado.

A migração está condicionada as regras e aos planos previstos no Convênio por Adesão firmado com a patrocinadora.

A migração ocorrerá no 1º dia do mês subsequente, a contar do recebimento deste formulário na Unidade Administrativa da Geap.

Após a migração o cartão do novo plano poderá ser consultado por meio dos serviços on-line na página ou aplicativo da Geap.

2. DADOS DO PLANO

Plano Atual: Plano de Destino:

3. 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:

4. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco: Agência: Dv Agência: Nº 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.

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

5.1 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 Teletendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas;

III - Tenho conhecimento que, quando a migração ocorrer de um plano de menor cobertura para outro de maior cobertura, sendo neste caso obrigatório o cumprimento do prazo de carência no Regulamento do plano escolhido, para os procedimentos e rede prestadora não previstos no plano anterior;

IV - Tenho conhecimento que, ao migrar para outro plano ofertado pela Geap não ficarei isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior;

V - Tenho conhecimento que, nas migrações para planos de menor cobertura e acomodação inferior, serei automaticamente enquadrado na cobertura e rede do plano escolhido. Nos casos em que estiver internado em unidade hospitalar não credenciada ao plano de destino, esse deverá ser imediatamente transferido para unidade hospitalar integrante da sua atual rede assistencial, caso não opte por arcar com os custos da sua internação;

VI- 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 ciência que o não pagamento das contribuições mensais e coparticipações poderá acarretar no 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.

6. EXCLUSIVO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Local

Data

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

7. EXCLUSIVO DA PATROCINADORA

Autorizamos a migração do servidor/empregado ou dependente.

Local

Data

AUTORIZADOR

Assinatura e Matrícula

8. EXCLUSIVO DA GEAP

Local

Data

Assinatura do(a) Empregado(a) Geap