

1. DADOS DO PLANO

Plano Atual:

Plano de Destino:

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

2. DADOS PESSOAIS DO BENEFICIÁRIO

Eu,

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Nome do pai:

CPF:

Sexo:

Masculino

Feminino

Estado civil:

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:

3. DADOS FINANCEIROS

Nome do banco:

Agência:

Dv Agência:

Nº Conta:

Dv Conta:

Tipo de conta:

Poupança

Corrente

*Os dados financeiros devem ser do próprio beneficiário maior de idade.

4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

I- Confirmo 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 do meu patrocinador;

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 da Geap;

III - Tenho conhecimento que, após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 21 (vinte e um) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como agregado, salvo manifestação em contrário do(a) beneficiário(a) titular à Geap ou caso o(a) beneficiário(a) titular comprove 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;

IV - Tenho conhecimento que, após o meu dependente - filho(a), enteado(a), completar 24 (vinte e quatro) anos de idade, esse será enquadrado automaticamente como agregado, 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;

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;

VII - Tenho ciência que, em caso de exclusão do(a) beneficiário(a) titular, por quaisquer motivos, o agregado será mantido(a) no plano observadas as regras do regulamento do plano ao qual estou vinculado.

Exclusivo do(a) beneficiário(a)

No caso de dependente maior ou menor de 18 (dezoito) anos e/ou agregado menor de 18 (dezoito) anos, o(a) titular deverá assinar a requisição

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

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a migração do servidor/empregado e/ou dependente.

_____ / _____ / _____
Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Exclusivo da Geap

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