

1. DADOS DO PLANO

(*) Regularização somente no mesmo plano.

Nome do Plano:

2. DADOS DO TITULAR

Adesão condicionada ao vínculo com o(a) titular ativo:

Nome do titular:

CPF do titular:

Solicito à Geap Autogestão em Saúde a regularização ao Plano.

3. DADOS DO AGREGADO

Nome:

Data de Nascimento:

Nome Social:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Masculino

Feminino

Nome da mãe:

Nome do Pai:

Cor / Raça:

 Amarela Branca Indígena Parda Preta

CNS:

RG/CNH:

Órgão Expedidor:

UF:

Data de Emissão:

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

Não Deficiência visual Deficiência auditiva Deficiência física Deficiência intelectual Deficiência psicossocial

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?

Autoriza o envio de e-mail marketing?

Sim Não Sim Não

4. DADOS BANCÁRIOS

Nome do banco:

Agência:

Dv Agência:

Nº Conta:

Dv Conta:

Tipo de conta:

Poupança Corrente

*Os dados bancários devem ser do próprio beneficiário maior de idade. Utilizado para débito em conta (BB), reembolso, restituições e devoluções.

4. CONDIÇÕES DE REGULARIZAÇÃO

4.1 Considera-se regularização, o retorno do(s) beneficiário(s) ao plano no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do cancelamento, desde que quite as obrigações vencidas e não pagas, inclusive referentes ao período em que permaneceu cancelado, contribuições mensais, bem como os per capita vencidos.

4.2 É garantido o retorno nas mesmas condições em que se encontrava na ocasião da exclusão, devendo ser observadas as regras/requisitos dispostos nos regulamentos dos planos.

4.3 Não será permitida a **regularização** da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) beneficiário(s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de **reingresso**.

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

II - Se o(a) beneficiário(a) do grupo familiar for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, tenho ciência que será necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(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 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;

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

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.

EXCLUSIVO DA GEAP

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

ANEXO I
DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS -
DEPENDENTES E AGREGADOS MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES

1. Eu,

Nacionalidade:

Estado Civil:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Profissão:

Portador(a) do(a) RG / CNH:

CPF:

Genitor(a), tutor(a) ou curador(a) autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis do(a) menor e/ou incapaz:

em razão do objeto do formulário de adesão, sendo condição para a prestação de assistência a saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

2. É assegurado ao genitor(a), tutor(a) ou curador(a) responsável legal do dado pessoal e pessoal sensível do(a) menor e/ou incapaz, 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.

3. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

_____, _____ de _____ de _____.

Local e Data

Assinatura do(a) Genitor(a), Tutor(a) ou Curador(a)