GEAP saúde O plano do servidor público

FORMULÁRIO DE REGULARIZAÇÃO DEPENDENTE

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 DEPENDENTE

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: 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? ○ Sim ○ Não

Autoriza o envio de e-mail marketing? ○ 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.

Obs: Se o dependente for menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz, necessário o preenchimento da Declaração constante no Anexo I, pelo genitor(a), tutor(a) ou curador(a) do(a) menor e/ou incapaz.

Local ____/____/____ Data Assinatura do(a) dependente

Atualizado em: 01/08/2023

5. CONDIÇÕES DE REGULARIZAÇÃO

5.1 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 capitas vencidos.

5.2 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.

5.3 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**.

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

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.

EXCLUSIVO DO(A) TITULAR

Local	Data	Assinatura do(a) titular
_____	_____/_____/_____	_____

EXCLUSIVO DA PATROCINADORA

Autorizamos à Geap Autogestão em Saúde a proceder com o retorno do(a) Servidor(a)/Empregado(a) informado(a) neste formulário.

Por se tratar de regularização em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) per capita(s) no(s) mês(es) de _____, _____, _____em que o(a) servidor/empregado(a) e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo à Geap Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

Local	Data
_____	_____/_____/_____

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

EXCLUSIVO DA GEAP

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

Atualizado em: 01/08/2023

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)