

## 1. DADOS DO TITULAR

### 1.1. Regularização condicionada ao vínculo com o(a) titular ativo:

#### 1.1.1. Nome

#### 1.1.2. CPF

## 2. GRUPO FAMILIAR

Nome	Data de Nascimento:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Filiação 1:

Filiação 2:

RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CPF:	Sexo:	Estado Civil:
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="text"/>

Endereço:

Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tel. Res.:	Tel. Com.:	Celular:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-mail Pessoal:

\*Mesmo plano do titular:

Sim  Não, se negativo informe o plano:

Possui deficiência?	Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s):
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="text"/> deficiência visual <input type="text"/> deficiência auditiva <input type="text"/> deficiência de locomoção/motora <input type="text"/> deficiência intelectual <input type="text"/> outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?	Autoriza o envio de E-mail Marketing?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

\* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com o patrocinador.

## 3. CONDIÇÕES DE REGULARIZAÇÃO

**3.1** 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.

**3.2** 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.

**3.3** 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.

## 4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

**4.1** 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](http://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 termo 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 Gerências Estaduais ou Gerência do Distrito Federal da GEAP;

**III** - 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 beneficiário

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) beneficiário(a) do grupo familiar ou do titular quando se tratar de beneficiário do grupo familiar menor de 18 (dezoito) anos e/ou incapaz.

Exclusivo da Geap

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E PESSOAIS SENSÍVEIS –  
DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS DO GRUPO FAMILIAR MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES**

**1.** Eu,

Nacionalidade:

Estado civil:

Filiação:

Profissão:

Portador(a) da Cédula de Identidade RG nº.:

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 termo 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 Gerências Regionais e Gerência do Distrito Federal.

**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)