

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário que será migrado, podendo ser titular, dependente ou grupo familiar. No caso de beneficiário do grupo familiar maior de 18 (dezoito) anos, este deverá assinar a requisição. Nos demais casos, quem assina é o titular ou o representante legal.

## 1. Beneficiário

Eu,  CPF:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG:  Órgão Expedidor:  Data de Emissão:

Data de nascimento:  Sexo:  Masculino  Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro:  Cidade:  UF:  CEP:

DDD + Celular Pessoal:  DDD + Celular Alternativo:  DDD + Tel. Res.:  DDD + Tel. Com.:

Banco:  Agência:  Dv Agência:  Nº Conta:  Dv Conta:  Tipo de conta:  Corrente  Poupança

É o titular da conta bancária junto ao banco?  
 Sim  Não (o CPF da agência bancária deve ser idêntico ao informado neste termo)

E-mail Pessoal:  E-mail Alternativo:

\*Solicito à Geap Autogestão em Saúde a migração ao Plano:

### \* Condição permitida de acordo com as regras do convênio com a patrocinadora.

Lotação:  Cargo:  Matrícula:

Vínculo com o sindicato:  Sim  Não Nome do Sindicato:

### 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 de Teleatendimento: 0800 728 8300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Gerências Estaduais ou Gerência do Distrito Federal 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 beneficiário do grupo familiar, 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 beneficiário do grupo familiar, 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;**

**V- 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;**

**VI- 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 beneficiário

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

## Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a migração do servidor/empregado e/ou dos dependentes

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Mátrícula

**\*Condição necessária para beneficiários (titulares e dependentes) copatrocinados.**

## Exclusivo da Geap

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