

1. DADOS DO TITULAR

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

1.1.1. Nome

1.1.2. CPF

2. DEPENDENTE

Nome Data de Nascimento:

Filiação 1:

Filiação 2:

RG: Órgão Expedidor: Data de Emissão:

CPF: Sexo: Masculino Feminino Estado Civil:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Tel. Res.: Tel. Com.: Celular:

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):

Sim Não deficiência visual deficiência auditiva deficiência de locomoção/motora deficiência intelectual outros

Autoriza o envio de SMS Marketing?

Sim Não

Autoriza o envio de E-mail Marketing?

Sim Não

Estou de acordo com o disposto no inciso II do subitem 4.1 do item 4 deste termo:

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

* 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, 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.

Exclusivo do(a) beneficiário(a) titular

Local

____/____/____

Data

Assinatura do(a) titular

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos à Geap Autogestão em Saúde a proceder com o retorno do(a) dependente informado(a) neste termo.

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) dependente esteve cancelado(a) 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

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)