

Regularização titular e/ou dependente*

*Quando for regularizar também o dependente utilizar, ainda, o formulário específico (regularização dependente).

Eu,		CPF:	
RG:		Órgão Expedidor:	Data de Emissão:
Filiação 1:			
Filiação 2:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Celular:	Tel. Com.:	Tel. Res.:	
E-mail Pessoal:			
Banco:	Agência:	Nº Conta:	Tipo de conta: <input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Poupança
Solicito à Geap Autogestão em Saúde a regularização ao Plano:			
Lotação:	Cargo:	Matrícula:	
Vínculo com o sindicato: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Nome do Sindicato:		
Possui deficiência? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): <input type="checkbox"/> deficiência visual <input type="checkbox"/> deficiência auditiva <input type="checkbox"/> deficiência de locomoção/motora <input type="checkbox"/> deficiência intelectual <input type="checkbox"/> outros		
Autoriza o envio de SMS Marketing? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Autoriza o envio de E-mail Marketing? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

2. CONDIÇÕES DE REGULARIZAÇÃO

2.1 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.

2.2 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.

2.3 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.

3. TERMO DE RESPONSABILIDADE

3.1 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 Teletendimento: 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.

Exclusivo do beneficiário titular

_____ / ____ / _____
Local Data Assinatura do titular

Exclusivo da Patrocinadora

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