

1. Titular

Eu, _____, brasileiro (a), portador (a) da RG nº _____, Órgão expedidor: _____ Data da Expedição: ____/____/____, CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Nome da mãe: _____, residente e domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____ CEP: _____, Telefone: _____, email: _____ Titular do plano _____, inscrição nº _____ venho, pelo presente termo, requerer à GEAP Autogestão em Saúde, a migração para o Plano _____, Titular do(s) meu(s) Dependente(s) e/ou Beneficiário(a)s do Grupo Familiar, abaixo identificados

2. Dependentes

Nome _____ portador (a) da RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ____/____/____, CPF nº _____, Data de Nascimento: ____/____/____ Nome da mãe: _____, residente e domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____ CEP: _____ Telefone: _____, email: _____ Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ____/____/____, CPF nº _____, Data de Nascimento: ____/____/____ Nome da mãe: _____, residente e domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____ CEP: _____ Telefone: _____, email: _____ Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ____/____/____, CPF nº _____, Data de Nascimento: ____/____/____ Nome da mãe: _____, residente e domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____ CEP: _____ Telefone: _____, email: _____ Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____, residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

3. Grupo Familiar

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____, residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____, residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____, residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____,
residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____,
residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____,
residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

Nome _____ portador (a) da
RG nº _____ Órgão expedidor: _____ Data Expedição: ___/___/___, CPF nº
_____, Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da mãe:
_____,
residente e
domiciliado _____, Cidade, _____, Estado _____
CEP: _____ Telefone: _____, email: _____.
Do plano _____ para o Plano _____; () Permanece no plano Atual.

4. FORMA DE PAGAMENTO

4.1 As contribuições mensais e coparticipações do plano serão pagas da seguinte forma:

I - Consignação em Folha de Pagamento:

- a) Contribuição mensal para o plano, relativa à minha inscrição e a do (s) meu (s) dependente (s), relacionados no item 2, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados por mim ou por meu (s) dependente (s) relacionados no item 2, de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração, com exceção dos planos GEAP-Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação;
- c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, que por ventura identificadas (s);
- d) Caso a arrecadação prevista nos incisos a,b,c não possa ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante título de cobrança – TCB, débito em conta corrente, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observados os termos do item II.

II - Título de Cobrança Bancária – TCB ou débito em conta corrente: (alíneas “a” e “B”)

- a) Contribuição individual do beneficiário pertencente ao Grupo Familiar do (a) Titular, relacionado (s) no item 2 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
- b) Participação no custeio dos serviços utilizados pelo beneficiário (s) pertencente (s) ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 2 deste Termo, com exceção do grupo familiar inscrito nos planos GEAP-Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação;
- c) Contribuição ou participação, que por ventura, não tenha sido consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo que impeça o desconto em folha;
- d) Na situação prevista no item c, o TCB terá o vencimento até o dia 20 (vinte) do mês da consignação.

4.2. O não pagamento das contribuições mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e a inclusão do CPF do Titular do plano no cadastro da SERASA.

4.3. As contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria.

5. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

5.1. Será fornecido, ao beneficiário Titular do plano, seus dependentes e grupo familiar, um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, do novo plano, cuja apresentação é obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

5.2. Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da GEAP Autogestão em Saúde pelo número 0800 728 8300, ou à Gerência Regional, para que seja solicitada a emissão de novo cartão.

5.3. A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

5.4. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

5.5. A utilização indevida do Cartão do Beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

6.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à GEAP Autogestão em Saúde qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos da Patrocinadora ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra este compromisso.

II - Comprometo-me, após a perda do vínculo com a Patrocinadora, a comparecer no RH do órgão ou na Gerência Regional da GEAP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS Nº 279/2011.

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da GEAP, entregue à Unidade de Recursos Humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado.

IV - Recebi o regulamento do plano para o qual estou migrando, e tenho conhecimento que, a Relação da Rede Prestadora de Serviços vinculada ao plano, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC estão disponíveis no endereço eletrônico: www.geap.com.br.

V - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, inscritos, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, conforme o caso, sendo que, se houver carência, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VI - Tenho ciência de que a migração ora requerida, somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado entre a GEAP e a Patrocinadora/Conveniada.

VII - Tenho conhecimento de que em caso de ocorrer a necessidade de resolver quaisquer pendência (s) em relação ao plano ou elucidar quaisquer dúvida(s), deverei me reportar diretamente à Gerência Regional mais próxima ou ainda, por meio da Central de Atendimento da GEAP, no número 0800 72 88300, exceto na situação expressa no item II.

VIII - Estou ciente de que o presente Termo de Compromisso não me exime do cumprimento das cláusulas, aqui não expressas e contidas no "Termo de Adesão" ao plano de origem, assinado por mim e a GEAP Autogestão em Saúde.

IX - Tenho conhecimento que ao migrar de plano as coberturas assistenciais sofrerão alterações, observado o regulamento do plano escolhido, e que caso eu opte por migrar para o Plano GEAP Para Você não terei direito aos Programas de Gerenciamento Crônicos – PGC, o Programa de Internação Domiciliar, o Programa de Medicação Domiciliar, o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e o Programa de Fisioterapia Domiciliar. Estou ciente de que no ato da migração para o plano GEAP Para Você, eu, meus dependentes e agregados se inscritos em um dos programas citados, perderemos a assistência dos mesmos automaticamente após última autorização.

X - Manterei o meu endereço e de meus Dependentes e Beneficiários do Grupo Familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde.

XI - Tenho conhecimento de que ao migrar para outro plano ofertado pela GEAP, não serei isentado da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior.

7. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) _____,
portador (a) da identidade n.º _____ CPF: _____, residente
à _____, na cidade de
_____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail:
_____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde
ao qual estou inscrito.

_____, _____/_____/_____, _____
Local Data Assinatura do Titular

PARA USO EXCLUSIVO DA PATROCINADORA/CONVENIADA

Autorizamos à GEAP Autogestão em Saúde a proceder à migração do Servidor/Empregado Sr(a) _____ e do(s) Dependentes e/ou Grupo Familiar informados no presente Termo de Compromisso.

Local _____ Data ____/____/____

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Exclusivo da GEAP

_____, _____/_____/_____, _____
Local Data Assinatura do Empregado

_____, _____/_____/_____, _____
Local Data

Assinatura do Titular

ANEXO I**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: _____

CPF: ____ . ____ . ____ - ____

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP Autogestão em Saúde.
3. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
4. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV
-------	----	---------	----	----	----------------	----	----

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Via da GEAP

www.geap.com.br**ANS nº: 323080**

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: _____

CPF: ____ . ____ . ____ - ____

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP Autogestão em Saúde.
3. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
4. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV
-------	----	---------	----	----	----------------	----	----

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Via do (a) Beneficiário (a)



www.geap.com.br

ANS nº: 323080