

TERMO DE ADESÃO

- () **Plano GEAPSaúde II** () **Plano GEAP-Referência** () **Plano GEAPEssencial** () **Plano GEAPClássico**
Registro ANS nº458.004/08-4 Registro ANS nº 455.830/07-8 Registro ANS nº 455.835/07-9 Registro ANS nº 456.093/07-1
- () **Plano GEAP Saúde Vida** () **Plano GEAP Referência Vida** () **Plano GEAP Para Você - AM**
Registro ANS nº473.881/15-1 Registro ANS nº473.880/15-2 Registro ANS nº479.209/17-2
- () **Plano GEAP Para Você - DF** () **Plano GEAP Para Você - ES** () **Plano GEAP Para Você - PE**
Registro ANS nº 479.208/17-4 Registro ANS nº 479.207/17-6 Registro ANS nº479.210/17-6
- () **Plano GEAP Para Você - SC**
Registro ANS nº479.206/17-8

Inscrição:
(uso da GEAP)

1. DO TITULAR

Nome			
Data de Nasc. / /			
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
RG nº	Órgão expedidor	Data de Emissão / /	
CPF	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP
CNS	Estado Civil	Declaração de nascido vivo nº	
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			
Banco	Agência	Nº Conta Corrente	
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Autoriza o envio de SMS? () Sim () Não		Autoriza o envio de e-mail marketing? () Sim () Não	

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada	Matrícula SIAPE	
Data de Admissão / /	Lotação	Unidade Pagadora
Situação ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> REQUISITADO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/>		
Remuneração	Ref. Mês/Ano /	
Cargo		

3. DEPENDENTES

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

(***) Preenchimento não obrigatório, utilizado para os casos de beneficiários recém-nascido com pai beneficiário de plano GEAP, para efeitos de obtenção da isenção do cumprimento dos períodos de carência nos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

TERMO DE ADESÃO

- () **Plano GEAPSaúde II** () **Plano GEAP-Referência** () **Plano GEAPEssencial** () **Plano GEAPClássico**
Registro ANS nº 458.004/08-4 Registro ANS nº 455.830/07-8 Registro ANS nº 455.835/07-9 Registro ANS nº 456.093/07-1
- () **Plano GEAP Saúde Vida** () **Plano GEAP Referência Vida** () **Plano GEAP Para Você - AM**
Registro ANS nº 473.881/15-1 Registro ANS nº 473.880/15-2 Registro ANS nº 479.209/17-2
- () **Plano GEAP Para Você - DF** () **Plano GEAP Para Você - ES** () **Plano GEAP Para Você - PE**
Registro ANS nº 479.208/17-4 Registro ANS nº 479.207/17-6 Registro ANS nº 479.210/17-6
- () **Plano GEAP Para Você - SC**
Registro ANS nº 479.206/17-8

Seq.	Nome		
Data de Nasc.	/ /	Vínculo	
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			

- () **Plano GEAPSaúde II** () **Plano GEAP-Referência** () **Plano GEAPEssencial** () **Plano GEAPClássico**
Registro ANS nº 458.004/08-4 Registro ANS nº 455.830/07-8 Registro ANS nº 455.835/07-9 Registro ANS nº 456.093/07-1
- () **Plano GEAP Saúde Vida** () **Plano GEAP Referência Vida** () **Plano GEAP Para Você - AM**
Registro ANS nº 473.881/15-1 Registro ANS nº 473.880/15-2 Registro ANS nº 479.209/17-2
- () **Plano GEAP Para Você - DF** () **Plano GEAP Para Você - ES** () **Plano GEAP Para Você - PE**
Registro ANS nº 479.208/17-4 Registro ANS nº 479.207/17-6 Registro ANS nº 479.210/17-6
- () **Plano GEAP Para Você - SC**
Registro ANS nº 479.206/17-8

Seq.	Vínculo	Nome
Data de Nasc.	/ /	
Nome da mãe		
Nome do pai (***)		



TERMO DE ADESÃO

CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui deficiência física () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			

() Plano GEAPSaúde II Registro ANS nº458.004/08-4	() Plano GEAP-Referência Registro ANS nº 455.830/07-8	() Plano GEAPessencial Registro ANS nº 455.835/07-9	() Plano GEAPClássico Registro ANS nº 456.093/07-1
() Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS nº473.881/15-1	() Plano GEAP Referência Vida Registro ANS nº473.880/15-2	() Plano GEAP Para Você - AM Registro ANS nº479.209/17-2	
() Plano GEAP Para Você - DF Registro ANS nº 479.208/17-4	() Plano GEAP Para Você - ES Registro ANS nº 479.207/17-6	() Plano GEAP Para Você - PE Registro ANS nº479.210/17-6	
() Plano GEAP Para Você - SC Registro ANS nº479.206/17-8			

Seq.	Vínculo	Nome	
Data de Nasc. / /			
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui deficiência física () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			

() Plano GEAPSaúde II Registro ANS nº458.004/08-4	() Plano GEAP-Referência Registro ANS nº 455.830/07-8	() Plano GEAPessencial Registro ANS nº 455.835/07-9	() Plano GEAPClássico Registro ANS nº 456.093/07-1
() Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS nº473.881/15-1	() Plano GEAP Referência Vida Registro ANS nº473.880/15-2	() Plano GEAP Para Você - AM Registro ANS nº479.209/17-2	
() Plano GEAP Para Você - DF Registro ANS nº 479.208/17-4	() Plano GEAP Para Você - ES Registro ANS nº 479.207/17-6	() Plano GEAP Para Você - PE Registro ANS nº479.210/17-6	
() Plano GEAP Para Você - SC Registro ANS nº479.206/17-8			

TERMO DE ADESÃO

Seq.	Vínculo	Nome		
Data de Nasc. / /				
Nome da mãe				
Nome do pai (***)				
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Situação Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Possui deficiência física () Sim () Não () Não declarado				
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				

<input type="checkbox"/> Plano GEAPSaúde II <small>Registro ANS nº458.004/08-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP-Referência <small>Registro ANS nº 455.830/07-8</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPEssencial <small>Registro ANS nº 455.835/07-9</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAPClássico <small>Registro ANS nº 456.093/07-1</small>
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Saúde Vida <small>Registro ANS nº473.881/15-1</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Referência Vida <small>Registro ANS nº473.880/15-2</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - AM <small>Registro ANS nº479.209/17-2</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - DF <small>Registro ANS nº 479.208/17-4</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - ES <small>Registro ANS nº 479.207/17-6</small>	<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - PE <small>Registro ANS nº479.210/17-6</small>	
<input type="checkbox"/> Plano GEAP Para Você - SC <small>Registro ANS nº479.206/17-8</small>			

Seq	Nome			
Data de Nasc. / /		Vínculo		
Nome da mãe				
Nome do pai (***)				
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /	
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP	
Raça Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>				
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado				
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual				
Declaração de nascido vivo nº (**)				
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
E-mail				
Autoriza o envio de SMS? () Sim () Não		Autoriza o envio de e-mail marketing? () Sim () Não		

TERMO DE ADESÃO

4. GRUPO FAMILIAR

Campos destinados somente para os Planos GEAPClássico, GEAPEssencial, GEAP-Referência, GEAP Saúde Vida e GEAP Referência Vida GEAP Para Você – AM, GEAP Para Você DF, GEAP Para Você – ES, GEAP Para Você – PE, GEAP Para Você – SC

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

(***) Preenchimento não obrigatório, utilizado para casos de beneficiário recém-nascido com pai beneficiário de plano GEAP, para efeitos de obtenção da isenção do cumprimento dos períodos de carência nos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

() Plano GEAPSaúde II Registro ANS nº 458.004/08-4	() Plano GEAP-Referência Registro ANS nº 455.830/07-8	() Plano GEAPEssencial Registro ANS nº 455.835/07-9	() Plano GEAPClássico Registro ANS nº 456.093/07-1
() Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS nº 473.881/15-1	() Plano GEAP Referência Vida Registro ANS nº 473.880/15-2	() Plano GEAP Para Você - AM Registro ANS nº 479.209/17-2	
() Plano GEAP Para Você - DF Registro ANS nº 479.208/17-4	() Plano GEAP Para Você - ES Registro ANS nº 479.207/17-6	() Plano GEAP Para Você - PE Registro ANS nº 479.210/17-6	
() Plano GEAP Para Você - SC Registro ANS nº 479.206/17-8			

Inscrição:		Nome	
Data de Nasc. / /		Vínculo	
Nome da mãe			
Nome do pai (***)			
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP
Raça: Amarelo(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo(a) <input type="checkbox"/> Preto(a) <input type="checkbox"/>			
Possui Deficiência Física? () Sim () Não () Não declarado			
Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): () deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência de locomoção/motora () deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular <input type="checkbox"/>
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? () Sim () Não		Autoriza o envio de e-mail marketing? () Sim () Não	

5. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Identidade nº _____, CPF: _____, residente à _____, na cidade de _____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.		
_____ Local	_____ Data	_____ Assinatura do Titular

6. ADESÃO

6.1. Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a GEAP Autogestão em Saúde e o (a) _____, assim como a inscrição do (s) dependente (s) e grupo familiar, se houver, relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, para o plano escolhido, e, conseqüentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações dos planos, na forma seguinte:

I - Consignação em Folha de Pagamento:

- a) Contribuição mensal para o plano escolhido, relativa a minha inscrição e a do(s) meu(s) dependente(s), 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 3 deste Termo - anverso, de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração, com exceção dos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais há previsão de cobrança de participação;
- c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificada(s).
- d) Caso a arrecadação prevista nos incisos a, b e 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 bancária – 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”) (considerar os planos GEAP Clássico, GEAP Essencial, GEAP Referência, GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida)

- a) Contribuição individual do beneficiário pertencente ao grupo familiar do (a) titular, relacionado (s) no item 4 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 pertencente ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 4 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 porventura, não tenha sido consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo que impeça o desconto em folha.
- d) A cobrança prevista nas alíneas a, b e c, poderá ser realizada por meio de débito em conta corrente, junto aos bancos credenciados.
- e) O vencimento do TCB, para as situações previstas nas alíneas a e b será dia 10 (dez) do mês, podendo ser prorrogada para o próximo dia útil.
- f) Na situação prevista no item c, o TCB terá o vencimento até o dia 20 (vinte) do mês da consignação.

6.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano, 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 operadora e a patrocinadora/conveniada.

7. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

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

7.2. Caso o beneficiário não esteja munido do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB, o atendimento será liberado, mediante apresentação da declaração de atendimento provisória disponibilizada pela GEAP, juntamente com documento oficial de identidade.

7.3. A declaração a que se refere o item anterior estará disponível por meio da página da GEAP na internet, 0800 728 8300 ou ainda nos atendimentos presenciais.

TERMO DE ADESÃO

7.4. O beneficiário deverá utilizar a Declaração de Atendimento entregue pela GEAP até o recebimento do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB.

7.5. 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.

7.6. 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.

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

7.8. A utilização indevida do cartão do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

8.1. 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 do Governo Federal 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 N.º 279/2011.

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário específico, considerando as situações abaixo:

- Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou em que tiver exercício, no caso de titular vinculado a patrocinadora/conveniada; ou
- Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde mais próxima, no caso de titular não vinculado a conveniada/patrocinador e para o grupo familiar.

IV - Nas situações previstas no item III, o titular se obriga a devolver à GEAP Autogestão em Saúde o CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário, seu e de seus dependentes/grupo familiar;

IV - Recebi o Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde e o regulamento do plano, 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, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VI - Manterei o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde;

VII - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o inciso I e II do item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

TERMO DE ADESÃO

VIII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

IX - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria; e

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

Exclusivo da GEAP

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

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a inscrição do servidor/empregado e dos dependentes informados neste documento.

_____, ____/____/____, _____
 Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Autorização para débito em conta corrente

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: _____ CPF: _____

- 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.
- 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.
- Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
- Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
- 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 Beneficiário

Titular

TERMO DE ADESÃO

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. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
5. 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

Titular

Bradesco Vida e Previdência S.A. – Código 686-6 Av. Alphaville, 779, Empresarial 18 do Forte, CEP 06472-900 Barueri-SP CNPJ: 51.990.695/0001-37 Processo SUSEP N° 15414.002515/2009-04	Apólice n° 500.014	() Alteração – Endosso n° () (X) Apólice Nova
--	-------------------------------------	---

ESTIPULANTE GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	CNPJ 03.658.432/0001-82
---	--

SUBESTIPULANTE(S)	CNPJ(s)
--------------------------	----------------

DADOS DO PROPONENTE

Nome			CPF
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	RG
Salário	Matrícula	Data de Admissão	Cargo/Função
Endereço Completo			Bairro
CEP	Cidade	UF	Capital Segurado
			Prêmio

VIGÊNCIA

Início: 24 horas da data de recepção desta Proposta pela Seguradora, desde que seja aceita.
Término: 31/07/2018 ou às 24 horas do dia do término do vínculo do Segurado com o Estipulante ou, ainda, do dia da solicitação de exclusão do Seguro a pedido do Segurado, se anterior ao término de vigência da Apólice.

COBERTURA(S)	TAXA(S) DO SEGURO	CAPITAL(IS) SEGURADO(S)
Morte	2,0365%	Uniforme de R\$ 6.000,00

Este valor será destinado à quitação de 3 mensalidades do plano de saúde do segurado para o estipulante, limitado ao máximo de R\$ 1.500,00 por mensalidade. O Capital Segurado remanescente será pago aos beneficiários designados pelo segurado.

A taxa do seguro será aplicada sobre o Capital Segurado Individual.

O prêmio será obtido por meio da multiplicação da taxa do seguro pelo Capital Segurado da Cobertura de Referência.

ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os prêmios e capitais segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria profissional vinculada ao Estipulante, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

Forma de Custeio NÃO CONTRIBUTÁRIO	Critério de Custeio 100% Estipulante 0% Segurado	Excedente Técnico 40% , conforme Condições Contratuais da Apólice.	Remuneração do Estipulante 0%
--	--	--	---

NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S)*	PARENTESCO	% PARTICIPAÇÃO

*Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Pela presente autorizo a minha inclusão na apólice de Seguro de Pessoas – Coletivo contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da referida Apólice. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta e as que não sejam do meu próprio punho que coincidam com as da cópia em meu poder. Declaro ter ciência de que:

1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

2. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

5. Se o Segurado, seu representante ou corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

6. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

7. Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário “Comunique um Sinistro de Vida” disponível no site <http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/Atendimento/ComuniqueUmSinistro/>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).

8. Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo. Estou ciente de que as Condições Gerais permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site www.bradescoseguros.com.br e uma via impressa desses documentos pode ser solicitada à Central de Atendimento para envio pelo correio no endereço indicado nesta Proposta.

A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROPONENTE.

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

PROponente:

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

PROponente:

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

PROponente:

4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

PROponente:

Data	Assinatura do Proponente
------	--------------------------

INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE

Somente poderão ser incluídas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. Caso o Proponente declare acima alguma ressalva em relação ao seu estado de saúde ou de seu cônjuge, encaminhar com urgência a presente proposta de adesão para análise da Seguradora.

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704 Demais Localidades: 0800 701 2714 Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais, Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
--	--

Ouvidoria: 0800 701 7000 – Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.