TERMO DE MIGRAÇÃO ENTRE PLANOS
Copatrocinado

1. **Titular**

Eu,_____, brasileiro (a), inscrição nº_____, portador (a) da RG nº_____, Órgão expedidor: _____Data Expedição:____/____/____, CPF nº _____, Nome da mãe: _____, residente e domiciliado_____,Cidade,_____,Estado_____ CEP:_____,Telefone:_____,email:_____Titular do plano _____,inscrição nª _____venho, pelo presente termo, requerer à GEAP Autogestão em Saúde, a migração para o Plano_____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, Nome da mãe: _____, residente e domiciliado_____,Cidade,_____,Estado_____ CEP:_____Telefone:_____,email:_____.
Do plano _____ para o Plano_____ ; ( ) Permanece no plano Atual.

TERMO DE MIGRAÇÃO ENTRE PLANOS
Copatrocinado

nome_____ portador (a) da RG nº_____, Órgão expedidor: _____Data Expedição:____/____/____, CPF nº _____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, 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 _____, 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 a minha inscrição e a do(s) meu(s) dependente(s), relacionados 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 por mim ou por meu(s) dependente (s) relacionados no item 2 deste Termo - anverso, de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração; e
c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, que porventura existam.

II - Título de Cobrança Bancária:
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;
c) Mediante opção formal, conforme Anexo I deste Termo, a cobrança também poderá ser realizada por meio de Débito em Conta Corrente informada pelo beneficiário (Apenas para os Bancos conveniados).
d) Contribuição ou participação do titular e/ou dependentes, que porventura, não tenham sido consignadas em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo.

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

4.1. 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 N. º 279/2011.

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário especifico 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 08007288300, 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 também poderão sofrer alterações observado o regulamento do plano escolhido.

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

5. 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

TERMO DE MIGRAÇÃO ENTRE PLANOS
Copatrocinado

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 do(a) Beneficiário(a)

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