

Nome:

CPF:

E-mail:

Telefone:

Eu, beneficiário do plano de saúde da Geap, autorizo as pessoas identificadas abaixo a ter poderes para atualizar meus dados cadastrais, registrar requerimentos (conforme abaixo discriminado) referentes ao plano de saúde e, conseqüentemente, ter acesso às informações repassadas pela Geap, incluindo meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis.

Identificação da(s) pessoa(s) autorizada(s):

Nome:

CPF:

E-mail:

Telefone:

Relação dos requerimentos autorizados a realizar:

- Acesso aos dados da ficha financeira, bem como valores dos títulos de cobrança bancária -TCB;
- Detalhamento do extrato de participação, bem como solicitar o documento;
- Informações sobre andamento de Autorização de procedimentos médicos e odontológicos, reanálise e solicitação de autorização de procedimento;
- Informações sobre o andamento das requisições de reembolso e efetuar requerimento de reembolso referente ao titular do dado pessoal que emitiu a autorização, porém não pode **receber valores** no nome do titular dos dados pessoais e pessoais sensíveis;
- Solicitação de informações do número do CIB - Cartão de identificação do beneficiário, de reimpressão e 2ª via do cartão;
- Solicitação de Declaração de Portabilidade de carência do plano;
- Solicitação de alterações de dados cadastrais;
- Solicitação de cancelamento dos serviços online;
- Solicitação do documento para Informe de Rendimentos (imposto de renda);
- Solicitação de Declaração de Quitação Anual de Débitos.

Ressalto que estou ciente sobre a possibilidade de revogação do aludido consentimento a qualquer tempo, conforme disposto no art. 18, inciso IX, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (nº13.709/2018).

Esse termo de autorização revoga todos os anteriores.

Localidade

Data: ____/____/____

Assinatura do Titular dos Dados