

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

() Plano GEAPSaúde () Plano GEAPSaúde II () Plano GEAP-Referência () Plano GEAPEssencial () Plano GEAPClássico
Sem Registro ANS 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

1 - Eu, _____, CPF: _____, Matrícula SIAPE: _____,
patrocinadora/conveniada: _____, Endereço Residencial: _____

_____, Cidade: _____,

Telefone (fixo): ____/____/____, Telefone (celular): ____/____/____, titular no Plano _____, solicito o cancelamento da inscrição:

- ☐ Titular: _____
☐ Dependentes: _____
☐ Beneficiários Familiares: _____

(Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item)

tendo em vista a seguinte justificativa:

- ☐ Motivo Financeiro
☐ Descontentamento com a rede de prestadores de serviços
☐ Possui outro plano de saúde
☐ Insatisfação com atendimento da ☐ GEAP ☐ Prestador
☐ Migração para outro plano de saúde
☐ Não utiliza o plano
☐ Mudança/viagem para o exterior
☐ Separação/divórcio

2 - Estou ciente que:

- a) A partir do cancelamento o(s) beneficiário(s) desta inscrição será(ão) excluído(s) e deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano.
b) O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, observado as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecida no regulamento do plano, estendida aos meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, caso haja, podendo ser exigido também nova apresentação de documentos que se fizerem necessários e o cumprimento de novo período de carência.

3 - Os valores de participação ora existentes serão liquidados, bem como as utilizações que tenham sido feitas pelos beneficiários desta inscrição e que ainda não tenham sido processadas até a data do cancelamento do plano, serão cobrar a posteriori, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.

4 - Estou devolvendo o(s) seguinte(s) Cartão(ões) de Identificação de Beneficiário (CIB):

Devolvido(s): _____

(Anotar somente o número. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Não devolvido(s): _____

(Anotar somente o número. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Obs.: Utilizações que venham a ser feitas com CIB não devolvido, serão caracterizadas como USO INDEVIDO, ocasionando a cobrança integral da utilização e a aplicação dos dispositivos legais pertinentes.

5 - A unidade de Recursos Humanos do órgão ou entidade encaminhará à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, os cancelamentos entre os dias 20(vinte) e 30(trinta) de cada mês, que serão efetivados pela GEAP no dia 1º do mês subsequente à entrega do documento, conforme previsto em cláusula do Convênio por Adesão.

6 - A data de cancelamento a ser considerada para todos os fins será a data da entrega do documento na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde.

_____, ____ de _____ de ____.

Beneficiário(a)

Assinatura e carimbo funcionário da GEAP
Autogestão em Saúde