



TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

() Plano GEAPSaúde II () Plano GEAP-Referência () Plano GEAPEssencial () Plano GEAPClássico
Registro ANS nº458004084 Registro ANS nº 455830078 Registro ANS nº 455835079 Registro ANS nº 456093071
() Plano GEAP Saúde Vida () Plano GEAP Referência Vida
Registro ANS nº473881151 Registro ANS nº47.880152

1. DADOS PESSOAIS DO TITULAR

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)

2. 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

3. TERMO DE CIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

Consequências do cancelamento – Art. 15º - RN 412/16

Estou ciente que:

I. A partir da exclusão o(s) beneficiário(s) desta inscrição deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano.

II. O reingresso/regularização ao plano poderá ser requerido pelo titular a qualquer momento, observadas as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecidas no regulamento do plano, estendida aos dependentes e beneficiários do grupo familiar, caso haja, podendo ser exigida, também, nova apresentação de documentos que se fizerem necessários e o cumprimento de novo período de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656/98, verificando que os prazos legais são distintos dos prazos dos regulamentos dos planos;

III. 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 cobradas a posteriori, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.

IV. Estou devolvendo o(s) seguinte(s) Cartão(ões) de Identificação de Beneficiário (CIB):

Devolvido(s):

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

Não devolvido(s):

(Anote 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.

V. O eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:



TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

() Plano GEAPSaúde II () Plano GEAP-Referência () Plano GEAPEssencial () Plano GEAPClássico
Registro ANS nº458004084 Registro ANS nº 455830078 Registro ANS nº 455835079 Registro ANS nº 456093071
() Plano GEAP Saúde Vida () Plano GEAP Referência Vida
Registro ANS nº473881151 Registro ANS nº47.880152

a. No preenchimento de nova declaração de saúde, e caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

b. Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

VI. A exclusão da inscrição do titular implicará na exclusão da inscrição de todos os dependentes e grupo familiar a ele vinculado;

VII. A solicitação de exclusão do contrato tem efeito imediato com caráter irrevogável a partir da ciência da GEAP;

VIII. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou coparticipações devidas, em todos os planos da GEAP, pela utilização de serviços realizados pelo titular ou por seu(s) dependente(s), antes da solicitação de exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário titular;

IX. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços realizados pelo titular ou por seu(s) dependente(s), após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive de urgência ou emergência, correrão por conta do titular em sua integralidade.

X. Havendo cobrança do valor integral da contribuição referente ao mês do cancelamento da exclusão do plano, ficará a cargo desta operadora realizar os acertos financeiros e providenciar a devolução dos valores devidos dentro do prazo de 30 dias.

XI. A partir do cancelamento do plano, o acesso aos serviços on-line por meio da página desta operadora será encerrado, ficando o beneficiário impossibilitado deste acesso enquanto permanecer com o plano cancelado.

4. A unidade de Recursos Humanos do órgão ou entidade deverá encaminhar à GEAP, impreterivelmente em até 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento, a solicitação de exclusão do beneficiário titular ou de seu dependente

5. 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.

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

Exclusivo da GEAP

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

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos o cancelamento da inscrição do servidor/empregado e dos dependentes informados neste documento

_____	_____/_____/_____	Autorizador	
Local	Data	Carimbo e Assinatura	Matrícula