

Planos de Abrangência Nacional

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GEAP SAÚDE II
Registro ANS: 458004084 | <input type="checkbox"/> GEAP REFERENCIA
Registro ANS: 455830078 | <input type="checkbox"/> GEAPESSENCIAL
Registro ANS: 455835079 |
| <input type="checkbox"/> GEAP SAÚDE VIDA
Registro ANS: 473881151 | <input type="checkbox"/> GEAP REFERENCIA VIDA
Registro ANS: 473880152 | <input type="checkbox"/> GEAPCLASSICO
Registro ANS: 456093071 |

Planos de Abrangência Estadual

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GEAP Para Você AM
Registro ANS: 479209/17-2 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você MG
Registro ANS: 481242/18-5 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você PB
Registro ANS: 481293/18-2 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você RS
Registro ANS: 481240/18-9 |
| <input type="checkbox"/> GEAP Para Você DF
Registro ANS: 479208/17-4 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você MS
Registro ANS: 481241/18-7 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você PE
Registro ANS: 479210/17-6 | |
| <input type="checkbox"/> GEAP Para Você ES
Registro ANS: 479207/17-6 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você MT
Registro ANS: 481492/18-4 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você PR
Registro ANS: 481239/18-5 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você SC
Registro ANS: 479206/17-8 |
| <input type="checkbox"/> GEAP Para Você GO
Registro ANS: 481238/18-7 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você PA
Registro ANS: 481243/18-3 | <input type="checkbox"/> GEAP Para Você RJ
Registro ANS: 481246/18-8 | |

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: _____.

Somente Dependentes: _____.

Beneficiários Familiares: _____.

Atualize seus dados bancários (Eventuais Acertos na Ficha Financeira)

Banco: _____	Agência: _____	Nº Conta Corrente/Poupança: _____
--------------	----------------	-----------------------------------

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

2. JUSTIFICATIVA

- | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Motivo Financeiro | <input type="checkbox"/> Descontentamento com a rede de prestadores de serviços |
| <input type="checkbox"/> Possui outro plano de saúde | <input type="checkbox"/> Insatisfação com atendimento da GEAP <input type="checkbox"/> Prestador <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Portabilidade para outra operadora | <input type="checkbox"/> Mudança/viagem para o exterior |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza o plano | <input type="checkbox"/> 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;
- Obs.: Utilizações que venham a ser feitas com o CIB não devolvido, serão caracterizadas como USO INDEVIDO, ocasionando a cobrança integral da utilização e a aplicação dos dispositivos legais pertinentes.**
- IV. 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) dependentes (s), antes da solicitação de exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário titular;



TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Planos de Abrangência Nacional

GEAP SAÚDE II
Registro ANS: 458004084
 GEAP SAÚDE VIDA
Registro ANS: 473881151

GEAP REFERENCIA
Registro ANS: 455830078
 GEAP REFERENCIA VIDA
Registro ANS: 473880152

GEAPESSENCIAL
Registro ANS: 455835079
 GEAPCLASSICO
Registro ANS: 456093071

Planos de Abrangência Estadual

GEAP Para Você AM
Registro ANS: 479209/17-2
 GEAP Para Você DF
Registro ANS: 479208/17-4
 GEAP Para Você ES
Registro ANS: 479207/17-6
 GEAP Para Você GO
Registro ANS: 481238/18-7

GEAP Para Você MG
Registro ANS: 481242/18-5
 GEAP Para Você MS
Registro ANS: 481241/18-7
 GEAP Para Você MT
Registro ANS: 481492/18-4
 GEAP Para Você PA
Registro ANS: 481243/18-3

GEAP Para Você PB
Registro ANS: 481293/18-2
 GEAP Para Você PE
Registro ANS: 479210/17-6
 GEAP Para Você PR
Registro ANS: 481239/18-5
 GEAP Para Você RJ
Registro ANS: 481246/18-8

GEAP Para Você RS
Registro ANS: 481240/18-9
 GEAP Para Você SC
Registro ANS: 479206/17-8

V. 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;

VI. 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;

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

VIII. A solicitação de exclusão do contrato tem efeito imediato a partir da ciência da GEAP;

IX. 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.

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

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos o cancelamento da inscrição do servidor/empregado, dos dependentes e grupo familiar informados neste documento.

_____	____/____/____	<table border="1"><tr><td colspan="2">Autorizador</td></tr><tr><td>Carimbo e Assinatura</td><td>Matrícula</td></tr></table>	Autorizador		Carimbo e Assinatura	Matrícula
Autorizador						
Carimbo e Assinatura	Matrícula					
Local	Data					

Exclusivo da GEAP

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