

SOLICITAÇÃO DE RETORNO AO PLANO GEAP-Referência

Solicito à GEAP Autogestão em Saúde o retorno do(s) beneficiário(s): Titular, Dependente, Beneficiário(a) Familiar

Nome: _____, CPF: _____,

RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____,

Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,

RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____,

Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,

RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/____,

Telefone(celular): ____/____, E-mail: _____.

ao Plano GEAP-Referência (Registro ANS nº 455.830/07-8), estando ciente das regras específicas da condição em que se enquadrar(em).

Condição de retorno:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1 – O GEAP-Referência autoriza o reingresso do Titular e seus Beneficiários, nas condições estabelecidas no Regulamento do Plano, que declaro estar ciente neste ato.</p> <p>2 – Não poderão reingressar no GEAP-Referência:</p> <p>I - o Beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido;</p> <p>II - o Titular que tenha sido demitido ou cujo contrato de trabalho tiver sido rescindido por justa causa.</p> <p>3 – Considera-se reingresso o retorno do Beneficiário ao Plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de REGULARIZAÇÃO, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p>4 – Será computada a contagem de 1 (um) quantitativo de cancelamento a cada REINGRESSO, independentemente do motivo do cancelamento.</p> <p>5 – Os REINGRESSOS são precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no Regulamento do Plano GEAP-Referência.</p> <p>6 – Tendo havido utilização dos serviços por parte dos Beneficiários durante o período em que estiveram cancelados, o uso será considerado indevido sendo seu valor cobrado integralmente.</p>
<input type="checkbox"/> REGULARIZAÇÃO	<p>1 – Considera-se regularização, o retorno do Beneficiário ao Plano na mesma condição em que se encontrava até a ocorrência do cancelamento, enquadrando-se nesta situação, aqueles que retornarem no prazo máximo de 60 dias do cancelamento, desde quite as contribuições mensais e participações mensais, bem como os <i>per capitas</i> vencidos, não se configurando valores pendentes para pagamento até a data do retorno.</p> <p>2 – Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) Beneficiário(s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO, computando-se o QTD (quantitativo de cancelamento) no cadastro destes.</p>

Para a REGULARIZAÇÃO/REINGRESSO da inscrição é obrigatória a autorização de inscrição pela Patrocinadora/Conveniada no verso deste formulário, em se tratando de pensionista, titular e dependentes. Caso a conveniada/patrocinadora não se disponha a pagar os *per capitas* em atraso, eu, signatário desta, me comprometo a assumir os valores de *per capitas* em aberto.

Obs: Mais detalhes sobre regras de Regularização/Reingresso e carências podem ser obtidos junto ao SAC 0800 728 8300, ou através da Gerência Regional da GEAP em seu Estado.

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Identidade nº _____, CPF: _____, residente à _____, na cidade de _____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.

_____, _____ de _____ de _____.

Titular

Responsável GEAP

AUTORIZAÇÃO DA PATROCINADORA/CONVENIADA

Autorizo o retorno do servidor e/ou do(s) seu(s) dependente(s) informado(s) no anverso deste formulário, em virtude do cancelamento ocorrido em ____/____/____.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do autorizador da
Patrocinadora/Conveniada

Em se tratando de REGULARIZAÇÃO, em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) *per capita(s)* no(s) mês(es) de _____, _____/_____, em que o servidor(a) _____ e/ou seu(s) dependente(s) _____

esteve/estiveram cancelados no Plano, autorizo a GEAP Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) *per capita(s)* citado(s).

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do autorizador da Patrocinadora