

### **SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO – GEAPSaúde**

Eu, \_\_\_\_\_ solicito o cancelamento de minha inscrição no plano GEAPSaúde (Registro ANS nº 458.004/08-4), 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

Estou ciente que :

- 1) A partir do cancelamento os beneficiários desta inscrição (titular, dependentes) e agregados vinculados ao plano GEAPFamília, deixarão de receber as coberturas oferecidas pelos respectivos planos.
- 2) Meu reingresso à condição de Titular poderá ocorrer somente por mais \_\_\_\_\_ vez(es), condicionado ao cumprimento de novo período de carência, estabelecido nas normas em vigor, estendida aos meus dependentes e agregados do GEAPFamília, caso haja, e de nova apresentação dos documentos que se fizerem necessários.
- 3) Os valores de participação ora existentes serão liquidados por mim, na seguinte forma:
  - a)  Débito em conta corrente, conforme dados do meu cadastro.\*
  - b)  Através de TCB – Título de Cobrança Bancária, no valor integral.\*\*
  - c)  Através de TCB – Título de Cobrança Bancária, sendo o valor dividido em \_\_\_\_ parcelas de R\$\_\_\_\_\_.\*\*\*
  - d)  Continuarão sendo descontados em meu contracheque, no percentual estabelecido pelas normas em vigor.\*

\*Caso haja algum problema que impeça esse tipo de arrecadação os descontos serão feitos, automaticamente, através de TCB – Título de Cobrança Bancária, no mesmo valor comandado para a opção anterior.

\*\*O(s) Título(s) não liquidados poderão ocasionar cobrança judicial.

\*\*\* Declaro estar ciente de que o não pagamento do(s) Título(s) poderá acarretar a inclusão do meu nome no cadastro da SERASA.

- 4) Utilizações que tenham sido feitas pelos beneficiários desta inscrição e que ainda não tenham sido processadas até esta data serão cobradas a posteriori,

conforme a opção escolhida no item 3, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.

- 5) Estou devolvendo o(s) seguinte(s) CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário (anotar somente o nº):

---

---

---

Não devolvido(s):

---

---

*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.*

- 6) Observações:

---

---

---

---

- 7) A data de cancelamento a ser considerada, para todos os fins, será o dia da entrega na Gerência Regional da GEAP ou da postagem, constante no envelope. Não se aplica esta regra aos beneficiários vinculados às Patrocinadoras cujo convênio estabeleça como data de cancelamento o primeiro dia do mês subsequente ao encaminhamento pela Patrocinadora.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Titular

\_\_\_\_\_  
Feito por: (Carimbo e Assinatura)

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE DEPENDENTE(S) - GEAPSaúde**

Eu, \_\_\_\_\_ solicito o cancelamento do(s) dependente(s) abaixo relacionado(s), 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

Estou ciente que :

1) A partir do cancelamento o(s) dependente(s) excluído(s) deixarão de receber as coberturas oferecidas pelo plano GEAPSaúde (Registro ANS nº 458.004/08-4).

2) O **reingresso** do(s) dependente(s) poderá ser feito, observando-se que:

- não exceda o limite de reingressos estabelecido nas normas vigentes;
- poderá ser exigido nova apresentação de documentos comprobatórios;
- não se encontre internado e;
- cumprimento de novo período de carência, conforme estabelecido nas normas em vigor.

3) Estou devolvendo o(s) seguinte(s) CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário (anotar somente o nº):

---

---

---

---

Não devolvido(s):

---

---

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

4) Observações:

---

---

---

---

---

5) Dependente(s) cancelado(s): (colocar seqüência, nome e vínculo)

---

---

---

6) A data de cancelamento a ser considerada, para todos os fins, será o dia da entrega na Gerência Regional da GEAP ou da postagem, constante no envelope. Não se aplica esta regra aos beneficiários vinculados às Patrocinadoras cujo convênio estabeleça como data de cancelamento o primeiro dia do mês subsequente ao encaminhamento pela Patrocinadora.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Titular

\_\_\_\_\_  
Feito por: (Carimbo e Assinatura)