

SOLICITAÇÃO DE RETORNO AO PLANO GEAPSaúde II

Solicito à GEAP Autogestão em Saúde o retorno do(s) beneficiário(s): Titular, Dependente,
 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 GEAPSaúde II (Registro ANS nº 458.004/08-4), estando ciente das regras específicas da condição em que se enquadrar(em).

Condição de retorno:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1 – O GEAPSaúde II 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 GEAPSaúde II: I - o Beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido; 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 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 GEAPSaúde II.</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 capita</i>s 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 os Beneficiários 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 capita*s em atraso, eu, signatário desta, me comprometo a assumir os valores de *per capita*s 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

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 _____ 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/Conveniada