

1 - Eu, _____, CPF: _____, Matrícula
SIAPE: _____, Patrocinadora/Conveniada: _____,
Endereço Residencial: _____, Cidade: _____,
Telefone(fixo): ____/_____, Telefone(celular): ____/_____, titular no Plano GEAPSaúde, solicito o
cancelamento da inscrição de:

minha inscrição (todos os dependentes e beneficiários familiares vinculados, caso hajam, serão cancelados por consequência)

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

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

2 - Estou ciente que:

- a) A partir do cancelamento o(s) beneficiário(s) desta inscrição e beneficiário(s) familiar(es) inscritos no plano GEAPFamília, caso haja, será(ão) excluído(s) e deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelos respectivos planos.
- b) O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, observado as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecida no regulamento do plano GEAPSaúde, estendida aos meus dependentes e beneficiários familiares do plano GEAPFamília, caso haja, podendo ser exigido também nova apresentação de documentos que se fizerem necessários e o cumprimento de novo período de carência.

3 - Os valores de participação ora existentes serão liquidados por mim.

4 - Utilizações que tenham sido feitas pelos beneficiários desta inscrição e que ainda não tenham sido processadas até data do cancelamento do plano, serão cobradas a posteriori, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.

5 - Estou devolvendo o(s) seguinte(s) CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário:

Devolvido(s): _____

(Anotar somente o nº e anexá-lo(s) a este. Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o número do item).

Não devolvido(s): _____

(Anotar somente o nº e anexá-lo(s) a este. 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.

6 - A unidade de recursos humanos do órgão ou entidade encaminhará à Gerência Regional da GEAP, os cancelamentos entre os dias 20(vinte) e 30(trinta) de cada mês. E serão efetivados pela GEAP no dia 1º do mês subsequente à entrega do documento, conforme previsto em cláusula do Convênio por Adesão.

_____, ____ de _____ de _____

Beneficiário

(Assinatura e carimbo funcionário da GEAP)