



TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

- () Plano GEAPSaúde II () Plano GEAP-Referência () Plano GEAPEssencial () Plano GEAPClássico
Registro ANS nº 458004084 Registro ANS nº 455830078 Registro ANS nº 455835079 Registro ANS nº 456093071
- () Plano GEAP Saúde Vida () Plano GEAP Referência Vida
Registro ANS nº 473881151 Registro ANS nº 47.880152

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: _____

Dependentes: _____

Beneficiários Familiares: _____

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

2. 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

3. TERMO DE CIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

Estou ciente que:

- a) A partir do cancelamento o(s) beneficiário(s) desta inscrição será(ão) excluído(s) e deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano.
- b) O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, observado as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecida no regulamento do plano, estendida aos meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, caso haja, podendo ser exigido, também, nova apresentação de documentos que se fizerem necessários e o cumprimento de novo período de carência.
- c) 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.
- d) Estou devolvendo o(s) seguinte(s) Cartão(ões) de Identificação de Beneficiário (CIB):

Devolvido(s):

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

Não devolvido(s):

(Anote somente o número. 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.

4. A unidade de Recursos Humanos do órgão ou entidade encaminhará à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, os cancelamentos entre os dias 20(vinte) e 30(trinta) de cada mês, que serão efetivados pela GEAP no dia 1º do mês subsequente à entrega do documento, conforme previsto em cláusula do Convênio por Adesão.
5. A data de cancelamento a ser considerada para todos os fins será a data da entrega do documento na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde.



TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

- () **Plano GEAPSaúde II** () **Plano GEAP-Referência** () **Plano GEAPEssencial** () **Plano GEAPClássico**
Registro ANS nº 458004084 Registro ANS nº 455830078 Registro ANS nº 455835079 Registro ANS nº 456093071
- () **Plano GEAP Saúde Vida** () **Plano GEAP Referência Vida**
Registro ANS nº 473881151 Registro ANS nº 47.880152

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

Exclusivo da GEAP

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

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos o cancelamento da inscrição do servidor/empregado e dos dependentes informados neste documento

_____	____/____/____	Autorizador	
Local	Data	Carimbo e Assinatura	Matrícula