

1 - Eu, _____, inscrição GEAP nº _____,
solicito o cancelamento de:

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

dependente(s): _____
(Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o nº do item)

2 - Justificativa do cancelamento:

- 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 - Estou ciente que:

- Com o cancelamento o(s) Assistido(s) deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano GEAPSAÚDE.
- O retorno ao plano poderá ocorrer a qualquer momento, observado as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecidas nas normas internas da GEAP, podendo ser exigido também nova apresentação de documentos e o cumprimento de novo período de carência.

4 - Os valores de participação ora existentes serão liquidados por mim da seguinte forma:
(preencher somente no caso de cancelamento da **inscrição**)

- Débito em conta corrente, conforme dados do meu cadastro.*
- Através de TCB - Título de Cobrança Bancária, no valor integral.**
- Através de TCB - Título de Cobrança Bancária, sendo o valor dividido em ____ parcelas de R\$____.***
- 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.

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

*** Prazos e valores conforme normas da GEAP. Para essa opção ligue antes para o DISQUEGEAP de seu Estado.

5 - Utilizações feitas pelo(s) Assistido(s) cancelado(s) e que ainda não tenham sido processadas até esta data serão cobradas a posteriori, conforme a opção escolhida no item 4, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.

6 - Devolução do(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 nº do item)

Não devolvido(s): _____
(Anote o(s) nome(s) do(s) Assistido(s). Utilize o verso caso o espaço seja insuficiente, citando o nº do item)

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.

7 - A data de cancelamento a ser considerada, para todos os fins, será o dia da entrega na Superintendência ou Representação da GEAP ou da postagem, constante no envelope. Não se aplica esta regra aos beneficiários vinculados às Patrocinadoras cujo convênio esteja adequado ao teor da Portaria/MP-SRH/Nº 001/2007, ou seja, a inscrição será cancelada no primeiro dia do mês subsequente ao encaminhamento pela Conveniada, conforme previsto em cláusula do convênio firmado entre a Patrocinadora e a GEAP.

_____, ____ de _____ de _____

Participante

(Assinatura e carimbo funcionário GEAP)