

1. TITULAR OU BENEFICIÁRIO DO GRUPO FAMILIAR MAIOR E CAPAZ

Nome:		CPF:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Emissão:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome da mãe:			
<input type="text"/>			
Endereço:			
<input type="text"/>			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. Res.:	Tel. Com.:	Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail Pessoal:			
<input type="text"/>			
Banco:	Agência:	Nº Conta:	Tipo de conta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Poupança
Lotação:	Cargo:	Matrícula:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Titular <input type="checkbox"/> Solicito à Geap Autogestão em Saúde o cancelamento no Plano:			
<input type="text"/>			
Dependentes <input type="checkbox"/> Solicito à Geap Autogestão em Saúde o cancelamento no Plano:			
<input type="text"/>			
Beneficiários Familiares <input type="checkbox"/> Solicito à Geap Autogestão em Saúde o cancelamento no Plano:			
<input type="text"/>			

2. JUSTIFICATIVA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Motivo Financeiro | <input type="checkbox"/> Descontentamento com a rede de prestadores de serviços |
| <input type="checkbox"/> Possui outro plano de saúde | <input type="checkbox"/> Portabilidade para outra operadora - Qual: _____ |
| <input type="checkbox"/> Separação/Divórcio | <input type="checkbox"/> Insatisfação com atendimento da GEAP <input type="checkbox"/> Prestador <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza o plano | <input type="checkbox"/> Mudança/viagem para o exterior |

3. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS*

- I.** Para exercer a portabilidade de carências o beneficiário deverá estar ativo no plano de origem. (Art. 3º da RN/ANS nº 438/2018)
- II.** O cancelamento no plano de origem deverá ocorrer em até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do seu vínculo com plano de destino. (Art. 18 da RN/ANS nº 438/2018).
- III.** O cancelamento do plano nesta operadora, sem a solicitação prévia da portabilidade na operadora de destino, ocasionará a perda do direito à portabilidade de carências.

4. TERMO DE CIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

Consequências do cancelamento – Art. 15º - RN 412/16

Estou ciente que:

I. A partir da exclusão o (s) beneficiário(s) desta inscrição deixará (ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano.

II. O ingresso/regularização ao plano poderá ser requerido pelo titular a qualquer momento, observadas as regras em vigor específicas para esse fim, estabelecidas no regulamento do plano, estendida aos dependentes e beneficiários do grupo familiar, caso haja, podendo ser exigida, também, nova apresentação de documentos que se fizerem necessários e o cumprimento de novo período de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656/98, verificando que os prazos legais são distintos dos prazos dos regulamentos dos planos;

III. Os valores de coparticipação 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, com exceção dos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida (e de seus dependentes familiares), nos quais não há previsão de cobrança de coparticipação;

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

dos dispositivos legais pertinentes.

- IV.** As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou coparticipações devidas, em todos os planos da GEAP, pela utilização de serviços realizados pelo titular ou por seu (s) dependente (s), antes da solicitação de exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário titular;
- V.** As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços realizados pelo titular ou por seu (s) dependente (s), após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, exclusão do plano de saúde, inclusive de urgência ou emergência, correrão por conta do titular em sua integralidade;
- VI.** Havendo cobrança do valor integral da contribuição referente ao mês do cancelamento da exclusão do plano, ficará a cargo desta operadora realizar os acertos financeiros e providenciar a devolução dos valores devidos dentro do prazo de 30 dias;
- VII.** As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou coparticipações devidas, em todos os planos da GEAP, pela utilização de serviços realizados pelo beneficiário do grupo familiar desvinculado da solicitação de exclusão do plano de saúde serão de sua responsabilidade;
- VIII.** As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços realizados pelo beneficiário do grupo familiar desvinculado, após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive de urgência ou emergência, correrão por sua responsabilidade em sua integralidade;
- IX.** A exclusão da inscrição do titular implicará na exclusão da inscrição de todos os dependentes e grupo familiar a ele vinculado, com exceção para os beneficiários do grupo familiar que assumiram a responsabilidade financeira do plano ao qual estão vinculados;
- X.** A partir do cancelamento do plano, o acesso aos serviços on-line por meio da página desta operadora será encerrado, ficando o beneficiário impossibilitado deste acesso enquanto permanecer com o plano cancelado;
- XI.** A solicitação de exclusão do contrato tem efeito imediato com caráter irrevogável a partir da ciência da GEAP;
- XII.** 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.

Exclusivo do Beneficiário

_____ / ____ / _____
Local Data Assinatura do Titular ou Beneficiário do
Grupo Familiar Maior e Capaz

Exclusivo da Patrocinadora

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

_____ / ____ / _____
Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Exclusivo da Geap

_____ / ____ / _____
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap