

# TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

**GEAP SAÚDE II**  
Registro ANS: 458004084

**GEAP SAÚDE VIDA**  
Registro ANS: 473881151

**GEAP REFERENCIA**       **GEAPESSENCIAL**  
Registro ANS: 455830078      Registro ANS: 455835079

**GEAP REFERENCIA VIDA**       **GEAPCLASSICO**  
Registro ANS: 473880152      Registro ANS: 456093071

**GEAP Para Você AM**  
Registro ANS: 479209/17-2

**GEAP Para Você DF**  
Registro ANS: 479208/17-4

**GEAP Para Você ES**  
Registro ANS: 479207/17-6

**GEAP Para Você GO**  
Registro ANS: 481238/18-7

**GEAP Para Você MG**       **GEAP Para Você PB**       **GEAP Para Você RS**  
Registro ANS: 481242/18-5      Registro ANS: 481293/18-2      Registro ANS: 481240/18-9

**GEAP Para Você MS**       **GEAP Para Você PE**  
Registro ANS: 481241/18-7      Registro ANS: 479210/17-6

**GEAP Para Você MT**       **GEAP Para Você PR**       **GEAP Para Você SC**  
Registro ANS: 481492/18-4      Registro ANS: 481239/18-5      Registro ANS: 479206/17-8

**GEAP Para Você PA**       **GEAP Para Você RJ**  
Registro ANS: 481243/18-3      Registro ANS: 481246/18-8

## 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:** \_\_\_\_\_.
- Somente** Dependentes: \_\_\_\_\_.
- Beneficiários** Familiares: \_\_\_\_\_.

## Atualize seus dados bancários (Eventuais Acertos na Ficha Financeira)

Banco:	Agência:	Nº Conta Corrente/Poupança:
--------	----------	-----------------------------

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

## 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"/> Insatisfação com atendimento da GEAP <input type="checkbox"/> Prestador <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Portabilidade para outra operadora | <input type="checkbox"/> Mudança/viagem para o exterior   |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza o plano                | <input type="checkbox"/> Separação/divórcio   |

## 3. 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 reingresso/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 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;

**Obs.: Utilizações que venham a ser feitas com o CIB não devolvido, serão caracterizadas como USO INDEVIDO, ocasionando a cobrança integral da utilização e a aplicação 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) dependentes (s), antes da solicitação de exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário titular;

## TERMO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

**GEAP SAÚDE II**  
 Registro ANS: 458004084

**GEAP SAÚDE VIDA**  
 Registro ANS: 473881151

### Planos de Abrangência Nacional

<input type="checkbox"/> <b>GEAP REFERENCIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>GEAPESSENCIAL</b>
Registro ANS: 455830078	Registro ANS: 455835079
<input type="checkbox"/> <b>GEAP REFERENCIA VIDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>GEAPCLASSICO</b>
Registro ANS: 473880152	Registro ANS: 456093071

### Planos de Abrangência Estadual

<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você AM</b> Registro ANS: 479209/17-2	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você MG</b> Registro ANS: 481242/18-5	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PB</b> Registro ANS: 481293/18-2	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você RS</b> Registro ANS: 481240/18-9
<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você DF</b> Registro ANS: 479208/17-4	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você MS</b> Registro ANS: 481241/18-7	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PE</b> Registro ANS: 479210/17-6	
<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você ES</b> Registro ANS: 479207/17-6	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você MT</b> Registro ANS: 481492/18-4	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PR</b> Registro ANS: 481239/18-5	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você SC</b> Registro ANS: 479206/17-8
<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você GO</b> Registro ANS: 481238/18-7	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você PA</b> Registro ANS: 481243/18-3	<input type="checkbox"/> <b>GEAP Para Você RJ</b> Registro ANS: 481246/18-8	

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, 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. A exclusão da inscrição do titular implicará na exclusão da inscrição de todos os dependentes e grupo familiar a ele vinculado;

VIII. A solicitação de exclusão do contrato tem efeito imediato a partir da ciência da GEAP;

IX. 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.

\_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Titular

### Exclusivo da Patrocinadora

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

\_\_\_\_\_

, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorizador

Carimbo e Assinatura

Matrícula

### Exclusivo da GEAP

\_\_\_\_\_

, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Empregado GEAP