

1 – Eu, _____, ☐ **Participante do Plano GEAPSaúde**
☐ **Beneficiário familiar desvinculado**
responsável pelo Contrato de Adesão nº _____, solicito o cancelamento de:

☐ **meu Beneficiário:** _____.

☐ **minha inscrição no Plano GEAPFamília.**

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 Beneficiário deixará de receber as coberturas oferecidas pelo plano GEAPFamília.
- 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\$_____.***

*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 DISQUE GEAP de seu Estado.

5 – Utilizações feitas pelo Beneficiário cancelado 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 CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário:

- ☐ Devolvido (anexa-lo a este)
☐ Não devolvido (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 ou, ainda, a do recebimento do fax, conforme seja a opção de entrega.

_____, _____ de _____ de _____

Participante/Beneficiário familiar desvinculado

(Assinatura e carimbo funcionário GEAP)