

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO – GEAPSaúde

Solicito o cancelamento de minha inscrição no plano GEAPSaúde (Registro ANS nº 458.004/08-4), estando ciente que:

- 1) A partir deste momento os beneficiários desta inscrição (titular, dependentes) e agregados vinculados ao plano GEAPFamília, deixam de receber as coberturas oferecidas pelos respectivos planos.
- 2) Meu reingresso à condição de Titular poderá ocorrer somente por mais _____ vez(es), condicionado ao cumprimento de novo período de carência, estabelecido nas normas em vigor, estendida aos meus dependentes e agregados do GEAPFamília, caso haja, e de nova apresentação dos documentos que se fizerem necessários.
- 3) Os valores de participação ora existentes serão liquidados por mim, na seguinte forma:
 - a) Débito em conta corrente, conforme dados do meu cadastro.*
 - b) Através de TCB – Título de Cobrança Bancária, no valor integral.**
 - c) Através de TCB – Título de Cobrança Bancária, sendo o valor dividido em _____ parcelas de R\$_____.***
 - d) 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.

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

*** Declaro estar ciente de que o não pagamento do(s) Título(s) poderá acarretar a inclusão no cadastro da SERASA.

- 4) Utilizações que tenham sido feitas pelos beneficiários desta inscrição e que ainda não tenham sido processadas até esta data serão cobradas a posteriori, conforme a opção escolhida no item 3, sendo seu pagamento de caráter obrigatório.
- 5) Estou devolvendo o(s) seguinte(s) CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário (anotar somente o nº):

Não devolvido(s):

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.

- 6) Observações:

_____, ____ de _____ de _____

Titular

Feito por: (Carimbo e Assinatura)

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE DEPENDENTE(S) - GEAPSaúde

Solicito o cancelamento do(s) dependente(s) abaixo relacionado(s), estando ciente que:

- 1) A partir deste momento o(s) dependente(s) excluído(s) deixa(m) de receber as coberturas oferecidas pelo plano GEAPSaúde (Registro ANS nº 458.004/08-4).
- 2) O **reingresso** do(s) dependente(s) poderá ser feito, observando-se que:
 - não exceda o limite de reingressos estabelecido nas normas vigentes;
 - poderá ser exigido nova apresentação de documentos comprobatórios;
 - não se encontre internado e;
 - cumprimento de novo período de carência, conforme estabelecido nas normas em vigor.
- 3) Estou devolvendo o(s) seguinte(s) CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário (anotar somente o nº):

Não devolvido(s):

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.

- 4) Observações:

- 5) Dependente(s) cancelado(s): (colocar seqüência, nome e vínculo)

_____, ____ de _____ de _____

Titular

Feito por: (Carimbo e Assinatura)