

**1. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com os dados do beneficiário que será cancelado do plano, podendo ser titular, dependente ou agregado. Em caso de exclusão do titular, todos os dependentes e agregados serão excluídos automaticamente.

Titular ou dependente copatrocinado deve solicitar autorização da patrocinadora. Se em 30 dias a patrocinadora não comunicar o seu pedido à Geap, você pode fazer o pedido diretamente à esta operadora.

Não será permitido a manutenção de dependente e agregado sem o respectivo titular, exceto em caso de óbito do titular.

A data de cancelamento será a partir da ciência da Geap, através do recebimento do formulário de exclusão devidamente preenchido e assinado. Ressalta-se que independe do pedido de formalização junto à Pessoa Jurídica Contratante.

**2. DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG/CNH: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

DDD + Celular Pessoal: ( ) \_\_\_\_\_ DDD + Celular Alternativo: ( ) \_\_\_\_\_ DDD + Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ DDD + Tel. Com.: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_

**3. DADOS BANCÁRIOS**

Nome do banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Dv Agência: N° Conta: \_\_\_\_\_ Dv Conta: Tipo de conta: \_\_\_\_\_  
 Corrente  Poupança

Os dados bancários devem ser do **próprio beneficiário**, pessoa física, maior de idade. Utilizado para débito em conta, reembolso, restituição e devoluções.

**4. MOTIVO DO CANCELAMENTO**

- Cancelamento voluntário
- Óbito ocorrido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Portabilidade de carências para outra operadora. Qual? \_\_\_\_\_

**5. JUSTIFICATIVA**

- Custo-benefício(preço x rede)
- Demora na autorização de procedimentos
- Descontentamento com a cobertura de procedimentos
- Descontentamento com a rede
- Descredenciamento de prestadores de serviços
- Insatisfação com o atendimento do contact center
- Insatisfação com o atendimento de prestador de serviços. Qual? \_\_\_\_\_
- Insatisfação com o atendimento presencial da Geap
- Migração para outra inscrição da Geap
- Mudança/viagem para o exterior
- Não deseja informar
- Não utiliza o plano
- Preço da mensalidade
- Separação/divórcio
- Valor da coparticipação em procedimentos

**6. CONSEQUÊNCIAS DO CANCELAMENTO**

- I. O(s) beneficiário(s) desta inscrição deixará(ão) de receber as coberturas oferecidas pelo plano a partir da exclusão;
- II. Efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência desta operadora;
- III. A exclusão da inscrição do titular implicará na exclusão da inscrição de todos os dependentes e agregados automaticamente;
- IV. A partir do cancelamento do plano, o acesso aos serviços on-line por meio da página e aplicativo desta operadora será encerrado, ficando o beneficiário impossibilitado deste acesso enquanto permanecer com o plano cancelado;
- V. A exclusão do beneficiário titular ou do grupo familiar (dependentes e agregados), não os desobriga a honrar com os pagamentos das contribuições devidas e não liquidadas, bem como, as despesas de coparticipação oriundas da utilização do plano, se houver, até a data do cancelamento pela operadora, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis;
- VI. 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 nos quais não há previsão de cobrança de coparticipação;
- VII. No ato do cancelamento do plano o beneficiário autopatrocinado, deverá quitar o seu saldo devedor de contribuição e/ou participação, se houver, havendo possibilidade de parcelamento seguindo os critérios da operadora, sendo que nesta hipótese estará sujeito ao cumprimento de novo período de carência, conforme as normas vigentes;
- VIII. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua responsabilidade em sua integralidade;
- IX. 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;
- X. 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;
- XI. Eventual ingresso/retorno no plano de saúde poderá importar:
- a. no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998;
  - b. na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na Resolução Normativa nº 438, de 2018 ou norma que vier a sucedê-la, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
  - c. no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
- XII. O ingresso/retorno no plano poderá ser requerido pelo beneficiário a qualquer momento, observando as regras estabelecidas no Regulamento do Plano.
- XIII. Eu, ora signatário, declaro estar ciente das condições acima expostas e prevista nos regulamentos dos planos. Declaro também que as informações prestadas neste termo são verídicas, pelas quais assumo as responsabilidades legais.

**7. EXCLUSIVO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) beneficiário(a) / responsável legal ou titular quando se tratar de beneficiário(a) menor de 18 (dezoito) anos.

**8. EXCLUSIVO DA PATROCINADORA**

Autorizamos o cancelamento do(a) servidor(a)/empregado(a) e/ou dependente.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data

<b>AUTORIZADOR</b>
Assinatura e Matrícula

**9. EXCLUSIVO DA GEAP**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap