

() **Plano GEAPSaúde II** Registro ANS nº 458.004/08-4 () **Plano GEAP-Referência** Registro ANS nº 455.830/07-8 () **Plano GEAPEssencial** Registro ANS nº 455.835/07-9 () **Plano GEAPClássico** Registro ANS nº 456.093/07-1

Eu, _____

solicito à GEAP Autogestão em Saúde o retorno ao Plano _____, do(s)

beneficiário(s): ☐ Titular, ☐ Dependente, ☐ Beneficiário(a) Familiar, estando ciente das regras específicas da condição em que se enquadrar(em).

DEPENDENTES

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/_____,
Telefone(celular): ____/_____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/_____,
Telefone(celular): ____/_____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/_____,
Telefone(celular): ____/_____, E-mail: _____.

GRUPO FAMILIAR

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/_____,
Telefone(celular): ____/_____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/_____,
Telefone(celular): ____/_____, E-mail: _____.

Nome: _____, CPF: _____,
RG: _____, Órgão expedidor: _____, Data da emissão: ____/____/____, Nome da Mãe: _____,
Endereço: _____
_____, Cidade: _____ Estado(UF): _____ CEP: _____, Telefone(fixo): ____/_____,
Telefone(celular): ____/_____, E-mail: _____.

Obs.: Se necessário, utilize o verso do formulário para complementar a lista de Dependentes/Grupo Familiar.

SOLICITAÇÃO DE RETORNO

Condição de Retorno:	Resumo
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<p>1 – O plano autoriza o reingresso do titular e seus beneficiários, nas condições estabelecidas no Regulamento do plano, que declaro estar ciente neste ato.</p> <p>2 – Não poderão reingressar no plano:</p> <p>I - o beneficiário cuja inscrição tenha sido cancelada por uso indevido;</p> <p>II - o Titular que tenha sido demitido ou cujo contrato de trabalho tiver sido rescindido por justa causa.</p> <p>3 – Considera-se reingresso o retorno do beneficiário ao plano, desde que não esteja enquadrado ou não opte pela situação de REGULARIZAÇÃO, observando-se também o disposto nos itens 1 e 2 acima.</p> <p>4 – Será computada a contagem de 1 (um) quantitativo de cancelamento a cada REINGRESSO, considerando o motivo do cancelamento definido no normativo do plano.</p> <p>5 – Os REINGRESSOS poderão ser precedidos do cumprimento de novos períodos de carências, conforme o disposto no regulamento do plano.</p> <p>6 – Tendo havido utilização dos serviços por parte dos beneficiários durante o período em que estiveram cancelados, o uso será considerado indevido sendo seu valor cobrado integralmente.</p>
<input type="checkbox"/> REGULARIZAÇÃO	<p>1 – Considera-se regularização, o retorno do beneficiário ao plano na mesma condição em que se encontrava até a ocorrência do cancelamento, enquadrando-se nesta situação, aqueles que retornarem no prazo máximo de 60 dias do cancelamento, desde que as contribuições mensais, bem como os <i>per capita</i>s vencidos, não se configurando valores pendentes para pagamento até a data do retorno.</p> <p>2 – Não será permitida a REGULARIZAÇÃO da inscrição após o prazo de 60 dias do cancelamento, nem o pagamento das competências às quais o(s) beneficiário(s) permaneceram sem direito de uso, enquadrando-se, no caso, na situação de REINGRESSO.</p>

Para o RETORNO da inscrição é obrigatória a autorização de inscrição pela patrocinadora/conveniada no verso deste formulário, em se tratando de pensionista, titular e dependentes. Caso a patrocinadora/conveniada não se disponha a pagar os *per capita*s em atraso, eu, signatário desta, me comprometo a assumir os valores de *per capita*s em aberto.

Obs: Mais detalhes sobre regras de Regularização/Reingresso e carências podem ser obtidos junto ao SAC 0800 728 8300, ou através da Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde.

_____ Titular	_____ Assinatura do funcionário da GEAP Autogestão em Saúde
------------------	---

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Identidade nº _____,

CPF: _____, residente à _____, na cidade

de _____, UF: _____, telefone: (____) _____, e-mail

_____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.

_____ Titular	_____ Assinatura do funcionário da GEAP Autogestão em Saúde
------------------	---

AUTORIZAÇÃO DA PATROCINADORA/CONVENIADA

Autorizo o retorno do(a) servidor(a) e/ou do(s) seu(s) dependente(s) informado(s) no anverso deste formulário, em virtude do cancelamento ocorrido em ____/____/____.

____, ____ de ____ de ____.

Assinatura e carimbo do autorizador da
patrocinadora/conveniada

Em se tratando de REGULARIZAÇÃO em virtude da suspensão do pagamento da contribuição mensal do(s) *percapita(s)* no(s) mês(es) de ____/____, ____/____ em que o(a) servidor(a) _____ e seu(s) dependentes esteve/estiveram cancelados no plano, autorizo a GEAP Autogestão em Saúde a incluir na próxima fatura o(s) valor(es) referente(s) ao(s) per capita(s) citado(s).

____, ____ de ____ de ____.

Assinatura e carimbo do autorizador da
patrocinadora/conveniada



www.geap.com.br