

TERMO DE CANCELAMENTO

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL:			
CPF:		CIB-e:	
TELEFONE(S):			
E-MAIL:			
DADOS BANCÁRIOS			
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

2. CANCELAMENTO SOLICITADO

☐ Beneficiário titular

☐ Dependente(s) discriminado(s) abaixo:

Nº	NOME / NOME SOCIAL	CPF	CIB-e
1			
2			
3			
4			
5			

3. MOTIVO DO CANCELAMENTO

4. DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Declaro-me ciente de que:

- 4.1. A data considerada para o cancelamento será a da formalização deste Termo.
- 4.2. A solicitação de cancelamento produz efeitos imediatos a partir da ciência do INAS, sendo considerada irrevogável e irrevogável.
- 4.3. O cancelamento a pedido do beneficiário titular ou titular optante ocorrerá no último dia do mês da solicitação.
- 4.4. Caso a perda da qualidade de beneficiário seja efetivada após a geração da cobrança mensal, o beneficiário manterá direito à assistência do GDF SAÚDE até o final do mês referente à cobrança.
- 4.5. Devo devolver os Cartões de Identificação de Beneficiário físicos, meus e dos dependentes, ao INAS, no atendimento presencial localizado no: SCS, Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco A, 1º subsolo, Edifício Parque Cidade Corporate, Asa Sul – Brasília/DF.
- 4.6. Sou responsável por manter meu e-mail e demais dados de contato atualizados junto ao INAS, sendo minha responsabilidade eventuais comunicações ou cobranças.
- 4.7. Permanecem devidos os valores de mensalidade e coparticipação em aberto, bem como aqueles ainda não processados até a data do cancelamento.
- 4.8. Enquanto não houver manifestação formal de cancelamento, permanecerei responsável pelo pagamento das mensalidades, incluindo valores proporcionais ao período em que o GDF SAÚDE estiver ativo, assim como por quaisquer contribuições devidas e não quitadas.
- 4.9. Na impossibilidade de desconto em folha, o INAS poderá utilizar qualquer outro meio de cobrança.
- 4.10. Em caso de inadimplência, poderei ser inscrito em dívida ativa, podendo o INAS adotar outras medidas de cobrança, conforme estabelecido no Regulamento do GDF SAÚDE.
- 4.11. O cancelamento do beneficiário titular implicará o cancelamento automático de seus dependentes.
- 4.12. A formalização do cancelamento implica a cessação imediata de todas as coberturas assistenciais do GDF SAÚDE em favor do titular e de seus dependentes, se houver.
- 4.13. As despesas decorrentes de qualquer atendimento realizado pelo titular ou por seus dependentes após a data de formalização do cancelamento, inclusive em situações de urgência ou emergência, serão de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular.
- 4.14. O retorno ao GDF SAÚDE poderá ser solicitado pelo titular, estendendo-se aos seus dependentes, quando houver, e estará sujeito às regras vigentes à época do novo ingresso, incluindo:
 - I – Apresentação de documentos exigidos;
 - II – cumprimento integral dos períodos de carência previstos no Regulamento;
- Exceção: em caso de aquisição de novo vínculo ou condição de elegibilidade no prazo de até 90 (noventa) dias, poderá haver aproveitamento das carências já cumpridas.
- 4.15. Declaro que compreendo e aceito integralmente as condições acima e os efeitos legais do cancelamento, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

5. AUTORIZAÇÃO DE RECEBIMENTO DE DÉBITOS PENDENTES

Declaro que autorizo o INAS a receber e processar os valores de mensalidade, coparticipação e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade e de meus dependentes, referentes à assistência prestada pelo GDF SAÚDE, correspondentes ao período de minha vinculação até a data deste cancelamento, incluindo valores ainda não processados, sem que isso constitua nova obrigação de pagamento ou cobrança adicional.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular