

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS DO(A) BENEFICIÁRIO (A) TITULAR / TITULAR OPTANTE

Nome completo:

CPF:

CIB-e:

Telefones:

E-mail:

Dados bancários

Banco:

Agência:

Conta corrente:

2. TIPO DE CANCELAMENTO SOLICITADO

☐ Cancelamento do beneficiário titular / beneficiário titular optante

☐ Exclusão de dependente(s)

Nº	Nome completo	CPF	CIB-e
1			
2			
3			
4			
5			

Observação: o cancelamento do beneficiário titular implica o cancelamento automático de todos os seus dependentes, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

3. MOTIVO DO CANCELAMENTO

4. DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Declaro-me ciente de que:

Formalização e efeitos do cancelamento

4.1. A data da solicitação do cancelamento será considerada como a da formalização deste Termo.

4.2. A solicitação de cancelamento, a pedido do beneficiário titular ou titular optante, produz efeitos imediatos quanto à sua irretratabilidade a partir da ciência do INAS, não sendo passível de desistência após sua formalização.

4.3. O cancelamento do GDF SAÚDE ocorrerá no último dia do mês da solicitação, nos termos do art. 85, §3º, do regulamento vigente.

Cobertura assistencial

4.4. A cobertura assistencial permanecerá ativa até a data efetiva do cancelamento, correspondente ao último dia do mês da solicitação, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE, independentemente da data de processamento da cobrança mensal.

4.5. Nos casos em que o(s) beneficiário(s) estiver(em) em tratamento ambulatorial, os procedimentos previamente autorizados até a data efetiva do cancelamento poderão ser realizados, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE, cabendo ao beneficiário titular o pagamento da coparticipação correspondente, nos termos das regras de custeio vigentes à época da autorização. Parágrafo único. Nos casos de aquisição de novo vínculo ou condição de elegibilidade no prazo de até 90 (noventa) dias da perda da condição de beneficiário, poderá haver aproveitamento das carências já cumpridas, desde que atendidos os requisitos previstos no Regulamento do GDF SAÚDE.

4.6. Após a data efetiva do cancelamento, não haverá cobertura assistencial pelo GDF SAÚDE, sendo as despesas decorrentes de atendimentos realizados pelo titular ou por seus dependentes de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular, em sua integralidade, inclusive em situações de urgência ou emergência, ressalvado o disposto no item anterior.

TERMO DE CANCELAMENTO DO GDF SAÚDE - PÁGINA 1

SCS Setor Comercial Sul - Quadra 09, Bloco B, 1º subsolo, Edifício Parque Cidade Corporate - Asa Sul - Brasília/DF



Obrigações financeiras

4.7. Permanecem devidos os valores de mensalidade e coparticipação em aberto, bem como aqueles ainda não processados até a data efetiva do cancelamento.

4.8. Enquanto não houver manifestação formal de cancelamento, permanecerei responsável pelo pagamento das mensalidades enquanto mantida a condição de beneficiário e a vinculação ativa ao GDF SAÚDE, 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.

Efeitos sobre o grupo familiar e obrigações cadastrais

4.11. O cancelamento do beneficiário titular implicará o cancelamento de seus dependentes, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

4.12. 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.

4.13. Sou responsável por manter meu e-mail e demais dados de contato atualizados junto ao INAS, sendo minha responsabilidade eventuais comunicações ou cobranças.

Reingresso no GDF SAÚDE

4.14. O reingresso no GDF SAÚDE, após o cancelamento, caracterizará nova adesão ao plano, sujeitando o beneficiário titular e seus dependentes às regras vigentes à época do ingresso, inclusive quanto à apresentação de documentação, ao cumprimento de períodos de carência e à eventual aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos termos do Regulamento.

Parágrafo único. 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, desde que atendidos os requisitos e condições previstos no Regulamento do GDF SAÚDE.

5. AUTORIZAÇÃO DE RECEBIMENTO DE DÉBITOS PENDENTES

5.1. 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, desde que decorrentes de obrigações já constituídas durante o período de vinculação, sem que isso constitua nova obrigação de pagamento ou cobrança adicional.

5.2. Declaro que compreendo e aceito integralmente as condições acima e os efeitos legais do cancelamento, nos termos do Regulamento do GDF SAÚDE.

Assinatura do (a) Beneficiário (a): _____

Data: ____/____/____

O beneficiário poderá acompanhar o andamento de sua solicitação por meio dos canais de atendimento do INAS, mediante informação do número de protocolo.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATENDENTE

Nome:

Matrícula:

Assinatura do(a) Servidor(a) _____