



Termo de Desfiliação

Plano de Saúde GDF-SAÚDE-DF

1. Beneficiário(a)

Nome		CPF
Endereço (Logradouro, Bairro, Complemento, etc)		Cidade
UF	CEP	Telefones
	-	() ()
E-Mail		

Solicito a desfiliação do Plano GDF-SAÚDE-DF:
[] do beneficiário titular;
[] do(s) beneficiário(s) dependente(s) a seguir discriminados:

Nome Dependente(s)	CPF Dependente(s)

Motivo do Cancelamento: _____

Apresento o presente termo de acordo com as regras do art. 13 do Regulamento do Plano GDF-SAÚDE-DF, declarando-me ciente de que:

1. Devo efetuar a devolução dos respectivos Cartões de Identificação físicos meus e/ou dos meus dependentes no INAS, no endereço Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício Luiz Carlos Botelho, 5º Andar, CEP 70.304-000.
2. São de minha responsabilidade as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados e eventualmente não cobradas/processadas;
3. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços, por mim ou por meus dependentes, após a data da efetiva desfiliação do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão integralmente por mim custeadas;
4. A minha desfiliação como beneficiário titular implica na exclusão dos meus dependentes, nos termos do art. 14, parágrafo único, do Regulamento do Plano GDF-SAÚDE-DF.
5. A minha desfiliação do Plano, juntamente com meus dependentes, se dará de forma imediata, a partir do momento em que este Termo chegar ao conhecimento do INAS.
6. Só poderei retornar ao Plano após 3 (três) meses da data da desfiliação, conforme art. 13, § 2º, do Regulamento do Plano GDF-SAÚDE-DF estando sujeito a novos cumprimentos dos períodos de carência previstos no art. 18 do Regulamento do Plano.

DA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Mantenho a autorização de débito concedida ao Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, no momento da minha adesão ao Plano GDF-SAÚDE-DF, para debitar em conta corrente bancária de minha titularidade no Banco de Brasília S.A. – BRB, cobrar por meio de TCB – Título de Cobrança Bancária ou outro meio hábil de cobrança as contribuições e coparticipações (percentual sobre a utilização do Plano GDF-SAÚDE-DF) e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade e de meus dependentes decorrentes da assistência prestada pelo INAS/Plano GDF-SAÚDE-DF, que eventualmente não tenham sido cobradas e/ou que venham a ser processadas após o desligamento do Plano, meu e/ou de meu(s) dependente(s).

Data: ___/___/___

Assinatura: _____