



Antes de renunciar, pedimos que leia atentamente:

Exmo(a). Sr(a),

Antes de rejeitar a possibilidade de manter a ADSE pense bem se esta é a decisão correta, pois logo que efetivada tornar-se-á definitiva e irreversível.

Sabia que a ADSE apresenta um custo muito inferior quando comparada com outras proteções de saúde? Que lhe garante um conjunto de vantagens verdadeiramente diferenciadoras, sobretudo em doenças que, pelo seu risco para a saúde e elevada taxa de prevalência, requerem uma proteção extra? Que financia a 100% os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, independentemente do seu custo ou da duração do tratamento? Que financia a 100% os dispositivos médicos ou próteses, cujo impacto na saúde e nas despesas com cuidados de saúde são cada vez mais significativos? Que da sua Rede de prestadores convencionados fazem parte operadores de saúde de referência nacional e internacional?

Ou, ainda, que o valor do desconto é constantemente proporcional ao rendimento? E que o deixa aproveitar dos mesmos atos e cuidados (coberturas), a médio-longo prazo... sempre? Que não é objeto de revisão anual e não varia consoante o escalão etário nem do número de familiares? Que não lhe exige limitações relacionadas com capitais, exclusões (por exemplo, hemodialise, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia) e franquias, nem períodos de carência e doenças pré-existentes?

Porque a sua decisão vai fazer, verdadeiramente, diferença no bem-estar da sua família, antes de tomar uma decisão, exponha-nos o motivo do seu descontentamento, utilizando o canal

Atendimento Online/ADSE Direta. **Tudo faremos para o(a) ajudar.**

Dados Pessoais do Beneficiário

Nome Completo

Nº de Beneficiário ADSE Telefone

Nº Cartão do Cidadão / Bilhete de Identidade

Declaro que, nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, e demais alterações legislativas, pretendo renunciar ao Sistema de Saúde ADSE e que tenho conhecimento que o registo de tal ato jurídico, torna a situação definitiva e irreversível.

Indico aqui o(s) motivo(s) pela qual renuncio ao Sistema de Saúde ADSE:

- ☐ Custo mensal elevado
- ☐ Insatisfação com a oferta de serviço/retorno*

**Se não indicou este motivo, está satisfeito com o serviço da ADSE? Sim ☐ Não ☐*

- ☐ Não tenho problemas de saúde
- ☐ Vou optar por outro Sistema de Saúde

Data

Assinatura do requerente
(conforme Cartão do Cidadão / Bilhete de Identidade)
