

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

SERVIÇOS — SEGURO SAÚDE - ATENDIMENTO INTEGRAL

EMENTA

Local e Data: A (nome da empresa) A/C (endereço ao SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente, ou à diretoria da empresa) Prezados Senhores, Em (inserir a data de aquisição e/ou adaptação do plano ou seguro-saúde), contratei junto a essa empresa a prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade/categoria (inserir a categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar), que incluía na sua rede credenciada o (nome do hospital). Em (inserir a data), foi obrigado a buscar atendimento de urgência/emergência junto a(o) (colocar o nome do hospital/clínica que prestou o atendimento). Ocorre que após decorridas (inserir nº de horas) horas (normalmente, são 12 horas), a cobertura do atendimento foi interrompida, alegando a empresa (inserir o motivo dado pela empresa). No entanto, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, artigo 51, IV, § 1º, II e III e com a Lei 9656/98, artigo 12, V, "c", a empresa é obrigada a garantir o atendimento integral em situações de urgência e emergência após decorridas as primeiras 24 horas da contratação, o que não ocorreu. Consequentemente, conforme os documentos anexos (você deve enviar junto com a carta cópia da documentação que comprove o atendimento e os seus gastos), que também comprovam os fatos, (inserir o nome do consumidor) foi obrigado(a) a desembolsar a quantia de R\$ (inserir valor) para poder receber o referido atendimento. Diante do exposto, solicito de V. Sas. o reembolso do valor pago (R\$...), por ser direito a mim conferido pela própria Lei. Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de 10 (dez) dias, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente, Nome e assinatura