

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

PLANO DE SAÚDE — DOENÇA PRÉ-EXISTENTE - PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE

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 à nova legislação), 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). Em (inserir a data da entrevista médica em que foi preenchida a "declaração de saúde"), declarei, durante entrevista médica, que tenho (informar o nome da doença ou lesão preexistente), conforme o documento denominado "declaração de saúde". Contudo, alegando se tratar de doença ou lesão preexistente, essa empresa está recusando-se a arcar com a cobertura de (inserir o procedimento / tratamento negado pela empresa). Ocorre que, além dos leitos de alta tecnologia, somente os eventos cirúrgicos e os procedimentos de alta complexidade elencados pela Resolução 68 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e que tenham relação com a minha doença/lesão preexistente podem ser excluídos da cobertura durante 24 meses da assinatura do contrato, o que não é o caso do(a) (inserir o procedimento / tratamento negado pela empresa). Diante do exposto, solicito, com urgência, seja reconsiderada a posição da empresa para que eu receba o atendimento que é meu direito. 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 48 (quarenta e oito) horas, serão adotadas as medidas cabíveis. Atenciosamente, Nome, assinatura, meios de contato - telefone, endereço, fax, e-mail