

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

PLANO DE SAÚDE — REEMBOLSO DE DESPESA - CARTA

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), fui obrigado a buscar atendimento de urgência/emergência junto a(o) (inserir o nome do hospital/clínica que prestou o atendimento). A gravidade da situação e a necessidade de atendimento imediato, uma vez que (descrever o fato que gerou a necessidade do atendimento, por exemplo: uma vez que sofri uma parada cardíaca), impossibilitaram-me de utilizar os serviços próprios ou credenciados dessa empresa. 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, fui obrigado(a) a desembolsar a quantia de R\$ (inserir o valor) para poder receber o referido atendimento. Ocorre que a Lei 9656/98, em seu artigo 12, inciso VI, prevê, justamente para casos como o meu, que seja feito o reembolso das despesas efetuadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação adequada. 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 30 (trinta) dias, serão adotadas as medidas cabíveis. Atenciosamente, Nome e assinatura.