

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

PLANO DE SAÚDE — CONSUMIDOR - REPACTUAÇÃO DE REAJUSTE - FAIXA ETÁRIA

EMENTA

Local e Data: A (nome da empresa) A/C (endereçar ao SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente, ou à diretoria da empresa) Prezados Senhores, Em (inserir a data de aquisição 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). No entanto, apesar de possuir um plano prevendo aumento por faixa etária após os 60 (sessenta) anos, até a presente data não recebi uma proposta de repactuação dos aumentos por mudança de faixa etária, conforme determina o artigo 35-E, § 1º da Lei 9.656/98. Diante do exposto, solicito seja encaminhada uma proposta com este fim, contendo a fórmula de aplicação de reajuste diluído e a informação de modo claro e objetivo sobre o valor inicial do contrato, o valor repactuado e o percentual de reajuste anual que vai incidir após a repactuação. 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