

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

PLANO DE SAÚDE — CONTRATO - SERVIÇOS - AUMENTO ABUSIVO - 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 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). Em (inserir data), fui surpreendido com um reajuste na mensalidade de meu plano/seguro, que de R\$ (inserir valor da mensalidade anterior) subiu para R\$ (inserir valor da mensalidade atual), justificado em virtude de mudança de faixa etária, pois completei (inserir idade) anos. Apesar de previsto em meu contrato, este aumento de (inserir o percentual de aumento) não possui respaldo em nenhum critério técnico, representando, na realidade, uma tentativa de me excluir do plano em razão da minha idade. Ocorre que de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, em especial o artigo 51, I e § 1º, III, são nulas as cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou que se mostram excessivamente onerosa. Além disso, a própria lei 9656/98, em seu artigo 14, proíbe a exclusão dos idosos dos planos e seguros de assistência privada, sem falar em outros artigos do Código de Defesa do Consumidor, como o 4º, I e VI, o 6º, VI e novamente o 51, XV, § 1º, I a III. Diante do exposto, solicito que o reajuste imposto seja revisto, bem como os critérios utilizados para aplicação dos aumentos de faixa etária sejam explicitados. 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