

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

PLANO DE SAÚDE — RECLAMAÇÃO - RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO

EMENTA

Local e Data: À (nome da empresa) Ao Departamento de Atendimento A/C de (nome do responsável)
Endereço:.... Prezado(a) Senhor(a), Em ... (inserir a data da aquisição do plano/seguro), 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), sendo que no momento da contratação não me foi entregue cópia do contrato e até a presente data a mesma não me foi enviada. Em ... (inserir a data da rescisão unilateral), fui surpreendido com a informação de que meu contrato seria rescindido a partir de ... (relatar aqui o que efetivamente ocorreu, quem comunicou, de que modo foi comunicado, etc.). Ocorre que o Código de Defesa do Consumidor proíbe este tipo de conduta, que é caracterizada como uma prática abusiva e por isso nula, de acordo com o artigo 39, inciso IV e 51, IV, parágrafo 1º, III. Para reforçar este entendimento, a Lei 9.656/98, no artigo 35-H, III, vedou expressamente o cancelamento do contrato, salvo quando ocorrer fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias - o que não aconteceu no meu caso. Diante do exposto, solicito, em caráter de urgência, que seja anulada a rescisão do meu contrato, conforme determina a Lei. Certo de seu pronto atendimento em respeito a meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que, caso minha solicitação não seja atendida no prazo de 5 (cinco) dias, serão adotadas as medidas cabíveis. Atenciosamente, Nome completo Assinatura Endereço, telefone, fax ou e-mail para contato