**Plano individual / familiar antigo – Negativa de cobertura**

**Objetivo:** exigir cobertura de cirurgia de miopia.

**Importante**: Esta reclamação pode ser feita diretamente no site da ANS, por meio deste [link](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/central-de-atendimento-ao-consumidor). Se optar pelo contato direto com a operadora de plano de saúde, entregue a reclamação pessoalmente e leve cópia para o fornecedor ou agência protocolar. Se enviar pelo correio, faça com Aviso de Recebimento – AR. Guarde uma cópia da solicitação com o comprovante de recebimento.

Se for o caso, anexe ao registro no site da ANS ou à carta cópias de todos os papéis que provam suas alegações e publicidade ou oferta feitas. Quando a empresa se convence do erro que cometeu, muitas vezes procura resolvê-lo ou pelo menos fazer um acordo com o consumidor.

**Atenção!** **Guarde sempre o original dos documentos, pois eles são a prova de seu direito.**

**Sobre a carta**: As partes em negrito, indicadas abaixo, devem ser alteradas pelo associado. Assim, inclua a data de envio da correspondência, as informações sobre a empresa, os fatos que ocorreram, os valores correspondentes, etc. O que estiver em letra normal deve ser mantido na carta.

***(Local e data)***

À ***(nome da empresa)***

A/C ***(SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente - ou Ouvidoria da empresa)***

# Prezados senhores,

Eu, ***(nome completo, RG, CPF)***, venho à presença de V.Sas. expor e solicitar o que segue:

Em **(data)**, contratei junto a esta empresa prestação de serviços de assistência à saúde, na **(categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar)**.

Em ***(data)***, houve recusa por parte desta empresa em dar cobertura à cirurgia de miopia, sob a alegação ***(motivo da negativa alegado pelo plano de saúde/seguro-saúde [por exemplo: “de que meu contrato de plano/seguro-saúde exclui expressamente a cobertura deste procedimento” OU “de que somente há cobertura para os casos de cirurgia a partir de 7 graus”])***.

Ocorre que, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, especialmente o art. 6o, IV e VI e o art. 51, IV e parágrafo 1º, incisos I, II e III, é ilegal recusar este atendimento, uma vez que, desta forma, é negado direito inerente à natureza e função do contrato, que é a de garantir a cobertura da assistência à saúde indispensável à preservação, manutenção e recuperação de minha saúde.

É preciso salientar, ainda, que a negativa do atendimento comprometerá seriamente a minha saúde.

Diante do exposto, solicito que seja reconsiderada, urgentemente, a posição desta empresa para que seja garantido o meu direito a receber a cobertura necessária*.*

Dessa forma, fica a empresa notificada do problema e caso minha solicitação não seja atendida no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas ***[obs: caso não se trate de situação de urgência, pode ser concedido um prazo maior para a resposta da empresa, que não deve ser superior a 15 dias]***, a contar do recebimento desta, serão adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis.

Certo de seu pronto atendimento a meu direito como consumidor, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

***(Assinatura)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Nome e assinatura. Se você for associado do IDEC e desejar identificar-se como tal, acrescente ao lado do nome: “associado do IDEC nº...”.***

***Acrescente também seu endereço e outros meios para que o fornecedor entre facilmente em contato com você, tais como telefone, fax e e-mail).***