# Plano individual / familiar antigo – Inclusão e exclusão de dependente

**Objetivo:** exigir o direito de manter contrato individual com a mesma empresa de assistência à saúde e nos mesmos moldes do contrato familiar, sem o cumprimento de novas carências, diante da perda da condição de dependente.

**Importante**: Esta reclamação, além de ser direcionada à empresa, também 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 por outra forma de contato, 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 de aquisição / adaptação do plano / seguro-saúde)***, meus pais ***(ou responsáveis)*** contrataram junto a esta empresa prestação de serviços de assistência à saúde, na modalidade familiar, na ***(categoria do plano/seguro)***, do qual eu participava como dependente.

Em ***(data)***, deixei de me enquadrar na condição de dependente em virtude de ***(motivo que o fez perder a condição de dependente – por exemplo: casamento, maioridade – normalmente está estabelecido no contrato)***.

Ocorre que, ainda que tenha perdido tal condição, pretendo manter contrato individual de assistência à saúde com esta operadora, nos mesmos moldes do familiar do qual fiz parte até agora. Negar este meu direito representa ofensa ao Código de Defesa do Consumidor, especialmente, aos artigos 4º, 6º, IV, 39, V, 51, IV e parágrafo 1º, incisos I a III e implica em sério prejuízo, já que eu seria obrigado a adquirir novo contrato, ficando sujeito ao cumprimento de novas e longas carências.

Diante do exposto, solicito minha manutenção nesta operadora, mediante a pactuação de um contrato individual, nos mesmos moldes do familiar do qual fazia parte, sem o cumprimento de novas carências. Solicito ainda, que o valor de minha mensalidade seja proporcional à parte que meus pais ***(ou responsáveis)*** pagavam por mim quando integrante do contrato familiar.

Desta forma, fica a empresa notificada da situação e, caso minha solicitação não seja atendida no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento desta, serão adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente.

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).***