SOLICITAÇÃO DE MIGRAÇÃO DO PLANO DE SAUDE

ATENÇÃO: *É OBRIGATÓRIA A ATENTA LEITURA DOS TERMOS E CONDIÇÕES, ANTES DA ASSINATURA DESTE DOCUMENTO. SE NECESSÁRIO, SOLICITE ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS.*

Solicito a migração do plano atual para .....

Declaro estar ciente e de acordo que:

a) esta migração ocorrerá no prazo de até 30 dias com cobertura da operadora atual e com atendimento pela nova operadora a partir do 1º dia útil do mês imediatamente subseqüente ao deste pedido;

b) que se nova operadora não aprovar a minha entrada no Plano de Saúde, estarei sujeito a cumprir todas as determinações da operadora dentre delas de:
. Avaliação de saúde e preexistências;
. Carências;
. Carências de 24 meses para doenças pré-existentes, mesmo tendo cumprido as mesmas antes de solicitar a migração.

c) que no caso de sinistro grave após a assinatura deste pedido e antes que a migração seja efetivada no novo plano, posso ficar a descoberto (sem cobertura de nenhuma das operadoras) a partir do 1º dia útil do mês subseqüente a este pedido de migração e que, neste caso, a AFA não será responsável pelos gastos de minha responsabilidade, caso eu não seja aceito por outra operadora;

d) que além de todas as condições acima, em caso de desistência deste pedido ou de arrependimento a qualquer tempo, deverei fazer o pagamento a vista de multa equivalente a uma (1) mensalidade do plano a que pertencia antes do pedido de migração.

DECLARO SER ESTA A LIVRE EXPRESSÃO DE MINHA VONTADE.

Curitiba, de de 20 .

NOME DO ASSOCIADO:

MATRÍCULA:
ASSINATURA:_____