

## **SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO 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 reativação do plano da minha dependente .....

### **Declaro estar ciente e de acordo que:**

- a) esta reativação ocorrerá no prazo de até 24 horas com cobertura da operadora atual
- b) que se todas as informações declarada a operadora são verdadeiras e que se houver qualquer omissão de informação que seja de meu conhecimento e que se constado posteriormente, estarei sujeito a cumprir todas as determinações da operadora dentre delas de:
  - . Carências;
  - . Carências de 24 meses para doenças pré-existentes, mesmo tendo cumprido as mesmas antes de sair do plano.
- c) que além de todas as condições acima, terei que efetuar o pagamento proporcional ao numero de dias para fechar o mês da mensalidade da reativação

DECLARO SER ESTA A LIVRE EXPRESSÃO DE MINHA VONTADE.

Curitiba,                      de                                      de 20                      .

NOME DO ASSOCIADO: .....

MATRÍCULA:

ASSINATURA: \_\_\_\_\_