

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO PARCIAL DE CARÊNCIAS EM UPGRADE DE PLANO

PAME – ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PLENA EM SAÚDE

Eu, _____,
portadora da Carteira de Identidade nº _____ emitida pelo _____
e do CPF nº _____, represente legal do menor
_____, beneficiário do Plano Médico
_____, registro nº _____, de contratação
_____, Matrícula nº _____, solicito, a troca do
referido plano para o plano médico _____, de contratação
_____, registro nº _____.

Outrossim, declaro ainda ter ciência de que com a transferência do plano contratado _____ para outro superior _____, será instituído o prazo de até 180 (cento e oitenta) dias para cumprimento de carências, para as novas coberturas, excetuando-se parto, cuja carência será de 300 (trezentos) dias, conforme cláusula do Contrato Coletivo por Adesão do referido plano.

Novas coberturas: para 24 (vinte e quatro) sessões, por ano de contrato, de RPG; toda a rede de credenciados superior, para acompanhante em qualquer idade, e , aumento do nível de reembolso.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Proponente/CPF