

## SOLICITAÇÃO DE TROCA DE PLANO

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, solicito a troca do meu plano de saúde Sabin Sinai e de meus dependentes da segmentação:

- Ambulatorial**  
 **Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia (Enfermaria)**  
 **Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia (Apartamento)**

Para:

- Ambulatorial**  
 **Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia (Enfermaria)**  
 **Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia (Apartamento)**

Junto a empresa contratante \_\_\_\_\_.

### Ciente que:

- Se a troca for de plano apenas **ambulatorial** para plano com acomodação em **Enfermaria** ou **Apartamento**, haverá cumprimento de carências de **180 dias** para Internações Clínicas/Cirúrgicas, **300 dias** para Parto e **730 dias** de Doenças e Lesões Pré-existentes para utilizar as novas coberturas, permanecendo inalterados as carências já cumpridas, estando assim disponível para utilização caso necessário.
- Se a troca for dentro da mesma segmentação, da acomodação **Enfermaria** para **Apartamento** haverá cumprimento de carências de **180 dias** para utilizar a nova acomodação, permanecendo inalterados as carências já cumpridas na acomodação anterior, estando assim disponível para utilização caso necessário.
- Se a troca for da acomodação **Apartamento** para **Enfermaria**, não haverá cumprimento de carências, **porém, caso deseje retornar** para a acomodação apartamento, ciente que haverá cumprimento de carências de **180 dias** para utilizar a acomodação apartamento, permanecendo inalterados as carências já cumpridas na acomodação anterior, estando assim disponível para utilização caso necessário.
- Ciente que meus dependentes, caso tenha, serão incluídos no mesmo produto ora contratado por mim.

A troca de acomodação ocorrerá a partir do dia 1º do mês seguinte desde que esta solicitação seja entregue ao Sabin Sinai até o dia 20 do mês anterior. Ou seja, solicitações entregues após esta data serão tratadas somente no próximo fechamento.

Declaro ciência e de acordo com as informações acima,

Local e data, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular