

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REAJUSTE

Eu, \_\_\_\_\_.

Portador (a) do CPF / MF nº.: \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de direito, que a data de reajuste a ser aplicado no contrato de plano de saúde, coletivo por adesão, mantido entre a Corpore Administradora de Benefícios da Saúde – Eireli e a Associação de Beneficência e Filantropia São Cristóvão, independe da data de minha adesão ao contrato em referência. Desta forma, estou ciente que o valor total expresso em minha proposta de adesão sofrerá, em 1º (primeiro) de maio de 2018, a aplicação do reajuste sobre o valor mensal do meu benefício e de meu (s) dependente (s), se houver (em).

**Proposta de Adesão nº:** \_\_\_\_\_

**Vigência:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Local e Data:** \_\_\_\_\_

**Nome do titular:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Titular:** \_\_\_\_\_

**Nome do Corretor:** \_\_\_\_\_