

São Paulo, 12 de fevereiro de 2020.

### DECLARAÇÃO 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, no **mês de MAIO de cada ano**, 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: \_\_\_\_\_

**São Paulo | Grande São Paulo e Demais Regiões**

**11 2124 1888 | 0800 771 4799**

Atenciosamente,

**Corpore Administradora de Benefícios da Saúde - Eirele**