

Rio de Janeiro, 06 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 **Unimed Volta Redonda Cooperativa de Trabalho Médico**, 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 ABRIL 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