

São Paulo, 29 de maio 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 AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS**, 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 **julho** de cada ano, a aplicação do reajuste sobre o valor mensal do meu benefício e de meu(s) dependente(s), se houver.

Proposta de Adesão nº: _____

Vigência: _____ / _____ / _____

Local e Data: _____

Nome do titular: _____

Assinatura do Titular: _____

Nome do Corretor: _____

Prefira os canais digitais! Onde você terá ainda mais agilidade no seu atendimento.

Na sua App Store, busque por Corpore Administradora e baixe a versão 2.0 do nosso App. ainda mais completo.

Posso te ajudar?

São Paulo | Grande São Paulo e Demais Regiões

11 94502 4905 | 0800 771 4799

Em cumprimento as medidas preventivas ao Covid-19, no âmbito de zelar pela saúde de todos, nossa operação está 100%digital.

Atenciosamente,

Corpore Administradora de Benefícios da Saúde - Eirele