

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 plano coletivo por adesão, mantido entre a AllCare
Administradora de Benefícios SA e o Grupo NotreDame Intermédica Saúde S/A, independe da data de minha
adesão ao plano. Desta forma, estou ciente que o valor total expresso em minha proposta de adesão
sofrerá, a partir do 1º (primeiro) de outubro de 2015, 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: _____

Assinatura do Corretor: _____