

Nome do Segurado:

Início de vigência:

Seguradora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Estipulante: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REAJUSTES – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

**Declaro para os devidos fins de direito que tenho ciência de que não estou contratando um plano individual, mas sim plano coletivo por adesão que possui regras diferentes dos planos individuais.**

**Declaro ainda que tenho ciência que os planos coletivos por adesão, diferentemente dos planos individuais, possuem a revisão dos valores das mensalidades no mês de aniversário do contrato Principal Estipulado pela Extramed para todos os beneficiários, independentemente da data de início do meu plano.**

**Estou ciente que no primeiro ano de vigência terei reajuste do meu contrato com menos de 12 meses, ou seja, que meu contrato terá revisão de valores, por sinistralidade e inflação médica, na data de aniversário do contrato principal da Extramed, informada na proposta de adesão.**

**Declaro que estou ciente que o índice de inflação médica a ser aplicado no meu plano *não é o informado pela ANS para os planos individuais*, mas sim o percentual definido para os planos coletivos da Sul América Companhia de Seguro Saúde.**

**Tenho ciência que o meu contrato possui também variação de valores por mudança de faixa etária e que tive conhecimento dos percentuais de reajuste de cada mudança de faixa etária até os 59 anos.**

**Desta forma, estou ciente que haverá reajuste nos valores a serem pagos a partir da mensalidade referente a competência Setembro de 2018.**

**Este anexo é parte integrante das Condições Gerais do Contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão Firmado com o Estipulante acima identificado.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_