Ao

SERHUM

Venho solicitar a esse Setor a alteração do tipo de meu Plano de Saúde (Alfa) para o padrão especial (Delta).

Tendo em vista que o custo é superior ao Plano Básico (Alfa) fornecido pela Autarquia, assumo o ônus da diferença entre os dois planos, autorizando o desconto mensal na Folha de Pagamento do acréscimo da(s) mensalidade(s).

Estou ciente de que no caso de dependentes ou agregados, os mesmos ficam obrigatoriamente no mesmo plano do titular. Também estou ciente que a inclusão de usuários agregados somente se ocorre no ato da minha inclusão do plano e que passando este período eu só poderei incluir usuários dependentes mediante ao cumprimento de carências previstas no contrato.

Declaro ainda, ter sido informado de que o acréscimo será em torno de R$ **88,53**, por cada usuário e/ou dependentes (filhos menores de 24 anos).

Brasília,

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_