

PREF. MUN. DE TAUBATÉ

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

PEDIDO DE CANCELAMENTO

DADOS DO SERVIDOR(a)/SEGURADO(a)

NOME:						
CPF:		RG.:		DT. NASC.		
TELEFONE CELULAR				TELEF. RESIDENCIAL		
EMAIL						
SETOR EM QUE TRABALHA						
FUNÇÃO EXERCIDA					MATRÍCULA	
ENDEREÇO LOCAL DE TRABALHO		Rua/av.				
Núm.		Complem.			Bairro	
Telefone				Cidade		

Na qualidade de Servidor Público deste Município e segurado da Zurich Minas Brasil
venho solicitar o **cancelamento** do meu seguro de vida pelo seguinte motivo:

Ciente de que **a partir desta data** perderei todas as Coberturas, Assistências e

Benefícios disponíveis para mim e meus familiares.

LOCAL E DATA	
--------------	--

IMPORTANTE:

A PRESENTE SOLICITAÇÃO SÓ
TERÁ VALIDADE SE TOTALMENTE
PREENCHIDA E COM
RECONHECIMENTO DE FIRMA

Assinatura

RECONHECIMENTO DE FIRMA