

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				MATRICULA	
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

--