

**AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF \_\_\_\_\_, solicito minha inclusão como participante colaborador(a) da empregadora \_\_\_\_\_ do Seguro de Vida em Grupo.

( ) Autorizo a empresa a descontar, mensalmente, de minha folha de pagamento o valor R\$ 9,40 informado pela EMPREGADORA, referente ao prêmio do Seguro de Vida em Grupo que será descontado no meu contra-cheque.

Rosmilda y Rakes marcos  
Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

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

\_\_\_\_\_