

AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Eu, _____, portador do CPF _____
colaborador(a) da empregadora _____, solicito minha inclusão como participante
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 contracheque.

Rafaela Ciparica Alves Saldanha

Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

Data: ____/____/____