

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO SEGURO

À
FAPECE – FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E PREVIDENCIÁRIA DA EMATERCE

Autorizo a deduzir da minha suplementação de aposentadoria, até expressa revogação de minha parte, a importância correspondente ao custo do Seguro de Vida em Grupo, estipulado pela ASBRAER / FAPECE, tendo como seguradora a **TÓKIO MARINE SEGUROS S/A**.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Nome: _____

CPF: _____

OBS.: Caso o Participante não deseje continuar com o seguro, assine a declaração abaixo.

Declaro que não tenho interesse em permanecer com o seguro de vida.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura