



Fundação Assistencial e Previdenciária da EMATERCE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO – SEGURO DE VIDA

À

FAPECE – Fundação Assistencial e Previdenciária da EMATERCE

Eu _____, CPF _____, participante da FAPECE, **autorizo o desconto mensal em minha suplementação de aposentadoria do valor correspondente ao custo do Seguro de Vida em Grupo**, apólice nº _____ tendo como seguradora a TÓKIO MARINE SEGURADORA S/A.

Declaro estar ciente das condições do seguro, apresentadas no documento anexo, e de que o cancelamento poderá ser solicitado a qualquer momento mediante **comunicação formal à FAPECE**.

Fortaleza, ____ de _____ de 202__.

Assinatura

CNPJ 10.393.460/0001-80

Av. Desembargador Moreira, 2001, Sala 403, Aldeota, Fortaleza-CE, CEP 60.170-001
Fone: (85) 3244-6557 | Site: www.fapece.com.br | e-mail: fapece@fapece.com.br