

Termo de Exclusão do Seguro de Vida em Grupo

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº. _____, matrícula funcional nº _____, solicito
a partir da presente data, minha exclusão do Seguro de Vida em Grupo.

SEGURO UNIMED ICATU FAMPESC FILHOS

Data: ____/____/____.

Ass.: _____