

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO – RESCISÃO CONTRATUAL

Eu _____ portador do CPF _____,
RG _____ na qualidade de Representante legal da Empresa
_____, CNPJ _____
Estabelecida no endereço _____.

Solicito que o pagamento correspondente à Cobertura de Rescisão Contratual do Grupo Segurado nº _____ em função da ocorrência de Morte do funcionário Sr. _____ CPF _____, seja efetuado através crédito em conta em nome da empresa acima citada:

Forma de Recebimento de Indenização Pretendida

- Crédito em Conta Poupança.
- Crédito em Conta Corrente.

CÓDIGO DO BANCO	NOME DO BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA	DIG.	NÚMERO DA CONTA	DIG.

Anexar cópia de comprovante da conta bancária (Cópia do cartão magnético ou do extrato bancário).

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura com Firma Reconhecida