

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

A

AFA/ ALIANÇA DO BRASIL

**Ref.: Solicitação de exclusão SEGURO DE VIDA**

Solicito desligamento do:

( **X** ) Seguro de Vida

Nome completo: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Ass.....

Telefones para contato: 0 XX (    ) ..... - .....  
0 XX (    ) ..... - .....