

ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

DADOS DO TITULAR		
SEGURADO		
CPF	DATA DE NASCIMENTO	
ENDEREÇO		
CIDADE	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	
E-MAIL		

Solicito a alteração da forma de pagamento do prêmio referente ao meu Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo e/ou Rendas conforme abaixo.

DOC BANCÁRIO
<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

DÉBITO EM CONTA	
NOME DO BANCO	
NÚMERO DA CONTA	AGÊNCIA
DIA DO DÉBITO	
<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	

DESCONTO EM FOLHA
ESTIPULANTE
MATRÍCULA
APÓLICE

OBSERVAÇÃO: EM CASO DE REPRESENTAÇÃO POR PROCURADOR CONSTITUÍDO, É NECESSÁRIO APRESENTAÇÃO DE CERTIDÃO ATUALIZADA DO INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO, LAVRADO EM TABELIONATO DE NOTAS, NO PERÍODO NÃO SUPERIOR A 30 (TRINTA) DIAS.

DADOS DO PROCURADOR (SE HOUVER)		
NOME		
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE

LOCAL E DATA

ASSINATURA

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

DOBRE AQUI



CARTA - RESPOSTA

NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O SELO SERÁ PAGO POR PREVISUL SEGURADORA

RUA GENERAL CÂMARA, 230 - CENTRO HISTÓRICO
CEP: 90010-230 - PORTO ALEGRE - RS

DOBRE AQUI

CEP:

Cidade/Estado:

Endereço:

Nome:

