



TERMO DE PERMANÊNCIA - SEGURO DE VIDA EM GRUPO

À
ASSOCIAÇÃO SABESP

Eu, Matrícula,

tendo me desligado do quadro de funcionários da Sabesp por motivo de:

() Tempo de Serviço () Por Invalidez () demissão sem justa causa () pedido de demissão,

a partir de / / **manifesto meu desejo :**

() **em permanecer** na apólice 57.171 do seguro de vida em grupo da Cia. Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A (Metlife);

() **de cancelar** a minha participação na apólice 57.171 do seguro de vida em grupo da Cia. Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A (Metlife), com suspensão da cobertura a partir do dia 1º do mês seguinte ao do meu desligamento, **embora ciente da possibilidade de permanecer na apólice**, nas condições abaixo.

ESTOU CIENTE de que, com a aceitação do meu pedido, deverei pagar o prêmio mensal referente à apólice acima indicada, no valor de R\$ _____ - vencimento dia _____ de cada mês (**dias 10 ou 20**) **AUTORIZANDO a Associação SABESP** a proceder o :

() **débito automático** () Banco Nossa Caixa Nosso Banco () Banespa (Santander).
Agencia ____ _ ____ _ (NCNB 5 dígitos/Banespa 4 dígitos)
Conta Corrente ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ (nove dígitos para os dois bancos)

() envio de **boleto bancário** ao seguinte endereço :

Endereço _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP _____ Fone _____

LOCAL/DATA/ASSINATURA

IMPORTANTE : Atente para a data do seu desligamento. Você terá apenas 30 dias após o recebimento desta, para manifestar seu desejo de permanecer na apólice. Independente de sua resposta favor devolver este Termo com a opção desejada devidamente preenchido e assinado.

Dúvidas entrar em contato: (11) 3147-5962 ou (11) 3147-5970