

# DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, não possuo conta corrente em nenhuma instituição financeira, e que devido a este fato solicito que todos os reembolsos do meu SEGURO SAÚDE SUL AMÉRICA sejam disponibilizados no Banco Santander via Ordem de Crédito On-Line.

Fones para contato:

CELULAR	
---------	--

COMERCIAL	
-----------	--

RESIDENCIAL	
-------------	--

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nome do segurado titular)

\_\_\_\_\_  
(assinatura do segurado titular)