

Bradesco Vida e Previdência S/A Registro do Produto na SUSEP Nº 10.005289/00-90	Apólice 910.119	( ) Alteração – Endosso nº ( ) ( X ) Apólice Nova
NOME DO ESTIPULANTE (ENTIDADE ESCOLAR) ASSOCIAÇÃO ESCOLA S MARKETING..	CNPJ 1.825.675/0001-64	
NOME DO SUB-ESTIPULANTE	CNPJ	

**MODELO DE  
PREENCHIMENTO**

**DADOS DO PROPONENTE (RESPONSÁVEL FINANCEIRO PELO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES ESCOLARES)**

Nome <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>				CPF <b>RESP. FINANCEIRO</b>
Nome do Aluno <b>NOME DO ALUNO</b>		CPF <b>ALUNO</b>	Grau de Parentesco do Aluno <b>RESP. FINANCEIRO</b>	
Data de Nascimento <b>RESP. FINANC</b>	Sexo <b>RESP. FINANC</b>	Estado Civil <b>RESP. FINANC</b>	Matrícula <b>ALUNO</b>	RG <b>RESP. FINANCEIRO</b>
Endereço Completo <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>		Bairro <b>RESP. FINANC</b>	Cidade <b>RESP. FINANC</b>	UF <b>RESP. FIN</b>
Profissional Liberal ou Autônomo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>RESP. FIN</b>	Nome da Empresa onde trabalha <b>RESP. FINANCEIRO</b>		Telefone Empresa <b>RESP. FINANC</b>	
Profissão <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>	Ramo de Atividade <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>		Data de Admissão <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>	

**VIGÊNCIA**

O início de vigência do seguro se dará às 24 horas do dia estabelecido na respectiva Apólice, desde que esta proposta seja protocolizada e aceita pela Seguradora. A cobertura deste seguro cessa às 24 horas do dia estabelecido como término de vigência da Apólice, ao final do ano letivo, se esta não for renovada, ou se houver o desaparecimento do vínculo com o Estipulante ou, ainda, caso o segurado solicite sua exclusão ou deixar de contribuir com sua parte no prêmio do seguro.

COBERTURA(S)	CAPITAL (IS) SEGURADO(S)	TAXA(S) DO SEGURO
		Curso atual
- Morte - Inv. Perm. por Total Acidente  - Perda de Renda por Desemprego Extendida a Profissionais Liberais.	Corresponde ao valor total das mensalidades escolares restantes para completar o período escolar contratado.  Limitado a 6 mensalidades escolares	Ensino Superior

ESPM – UNIDADE MANTENEDORA/SP – ( )  
 ESPM – UNIDADE /RJ – ( )  
 ESPM – UNIDADE /RS – ( )

# MODELO DE PREENCHIMENTO

**Prêmio do Seguro:** O prêmio é o produto da multiplicação da taxa pela mensalidade vigente, a qual sofrerá variação de acordo com o curso.

**Realização de valores:** Os valores são pagos mensalmente no aniversário do seguro com parcelas de igualdade anual ou conforme condições contratuais.

<b>Forma de Custeio</b> <b>NÃO CONTRIBUTÁRIO</b>	<b>Critério de Custeio</b> <b>100% Estipulante</b> <b>0% Segurado</b>	<b>Excedente Técnico</b> <b>0%, conforme condições</b> <b>contratuais da apólice</b>	<b>Remuneração do</b> <b>Estipulante 0%</b>
---	---	--	--

<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO INDICADO</b>			
Nome <b>NOME DO ALUNO</b>	Parentesco <b>ALUNO</b>	Data de Nascimento <b>ALUNO</b>	Sexo <b>ALUNO</b>
Curso <b>NOME DO ALUNO</b>	Série <b>ALUNO</b>	Valor da Mensalidade	

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome na Apólice de Seguro Educacional, contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Contratuais da referida Apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes a este seguro serem encaminhados diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta, inclusive as que não sejam do meu próprio punho. Declaro ter ciência de que: **Se o Segurado, seu representante ou Corretor de Seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.** Declaro, também, estar ciente de que a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco, bem como de que é facultado à Seguradora solicitar-me esclarecimentos e/ou documentos adicionais acerca das informações prestadas na “Declaração Pessoal de Saúde”, antes da aceitação. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**DECLARO QUE RECEBI E TENHO CONHECIMENTO DO INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES GERAIS E CONTRATUAIS DESTES SEGUROS, COM AS QUAIS ESTOU DE ACORDO.**

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE DO PROPONENTE (RESPONDA DE PRÓPRIO PUNHO).**

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

Data <b>RESP. FINANCEIRO</b>	Assinatura do Proponente <b>RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>
---------------------------------	---

## INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE

Somente poderão ser incluídas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. Caso o Proponente declare acima alguma ressalva em relação ao seu estado de saúde encaminhar com urgência a presente proposta de adesão para análise da Seguradora.