

Cartão Proposta

Seguro Educacional



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

 Inclusão Alteração do Responsável Financeiro Alteração Cadastral

DADOS DO SEGURO

Estipulante

CNPJ

ALUNO

Nome(s) do(s) Aluno(s)

Dta Nasc.

Série

RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Responsável pelo custeio dos estudos (Segurado) - Resp. Financeiro - Assinalar um opção abaixo:

 Pai Mãe Responsável Legal Próprio Aluno

O responsável pelo pagamento das mensalidades deverá atender as seguintes condições:

Esteja em dia com todas as mensalidades escolares, dos meses anteriores ao sinistro; esteja com a mensalidade do mês do sinistro paga até o vencimento da parcela, ou devidamente quitada 24h antes de qualquer sinistro. Estar em perfeita condição de saúde; estar em plena atividade profissional; possuir no máximo 65 anos de idade; e não estar aposentado por invalidez total e permanente.

Nome

CPF

Endereço completo (Rua/Avenida, nº, Bairro, Cidade, Estado, CEP.)

Telefones

E-mail

Data Nasc.

Sexo

 Masc. Fem.

Estado Civil

 Solteiro Casado Divorciado Viúvo Outros

O beneficiário deste seguro será sempre o estipulante

Reconheço que as informações acima foram prestadas por mim. Declaro estar em perfeito estado de saúde e atividade e ciente das Condições Gerais do Seguro Educacional.

Local e data

Assinatura do Proponente

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.