

<b>Bradesco Vida e Previdência S.A.</b> <b>Av. Alphaville, 779, Empresarial 18 do Forte, CEP</b> <b>06472-900 Barueri-SP CNPJ: 51.990.695/0001-37</b> <b>Registro do Produto na SUSEP N° 15414.901947/2014-59</b>	<b>Proposta N°</b> <b>10009879</b>	<b>(X) Alteração – Endosso n° (04)</b>  <b>( ) Apólice Nova</b>
	<b>Apólice N°</b> <b>910.196</b>	

<b>RAZÃO SOCIAL DO ESTIPULANTE (ENTIDADE ESCOLAR)</b>	<b>CNPJ</b>
---	-------------

<b>SOCIEDADE AGOSTINIANA DE EDUCAÇÃO LTDA</b>	<b>73.314.098/0001-25</b>
---	---------------------------

<b>RAZÃO SOCIAL DO SUBESTIPULANTE (ENTIDADE ESCOLAR)</b>	<b>CNPJ</b>
--	-------------

<b>RAZÃO SOCIAL DO SUBESTIPULANTE (ENTIDADE ESCOLAR)</b>	<b>CNPJ</b>
--	-------------

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

Nome do Responsável Financeiro (Segurado)	Data Nascimento	Sexo	CPF/MF
---	-----------------	------	--------

Endereço Completo	Bairro	Cidade	UF
-------------------	--------	--------	----

Profissional Liberal ou Autônomo? Sim Não	Nome da Empresa onde trabalha	Telefone Empresa
--	-------------------------------	------------------

Profissão	Ramo de Atividade	Data de Admissão	Renda Mensal
-----------	-------------------	------------------	--------------

**DADOS DO ALUNO (BENEFICIÁRIO DO SEGURO)**

Nome	Matrícula
------	-----------

Grau de Parentesco	Curso	Série	Valor da Mensalidade
--------------------	-------	-------	----------------------

Se por qualquer motivo não prevalecer a indicação do beneficiário, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

**VIGÊNCIA**

O início de vigência do seguro se dará às 24 horas do 1º dia do mês que anteceder o pagamento da 1ª parcela do prêmio, desde que esta proposta seja protocolizada e aceita pela seguradora. A cobertura deste seguro cessa às 24 horas do dia **31/12/2018** estabelecido como término de vigência da apólice, observado o período correspondente ao prêmio pago, com o término de vigência da Apólice se esta não for renovada.

<b>PREMIO(S) DO SEGURO</b>
----------------------------

COBERTURA(S) PLANO A	TAXA(%) APLICADA SOBRE O VALOR DA MENSALIDADE ESCOLAR	CURSO ATUAL	CAPITAL(IS) SEGURADO(S)
Morte	0,8789%	Ensino Fundamental II (6º a 9º ano)	Corresponde ao valor total de mensalidades escolares restantes para que o estudante complete o período escolar contratado.
Inv. Perm. Total por Acidente	0,0055%		

\*Fica estipulado o prazo de carência de 3 (três) meses, contados a partir do início de vigência do risco individual.

**Prêmio do Seguro:** Resultará da aplicação do percentual estabelecido no Contrato de Seguro/apólice, de acordo com a série que o aluno estiver cursando no momento de sua adesão ao Seguro, sobre o valor da mensalidade escolar vigente.

**Índice e periodicidade de atualização de valores:** Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação da mensalidade escolar.

Forma de Custeio <b>CONTRIBUTÁRIO</b>	Critério de Custeio <b>100%</b> Segurado	Excedente Técnico <b>50%</b> , conforme condições contratuais da apólice	Remuneração do Estipulante <b>0%</b>
--	---	---	---

**Pela presente solicito adesão e autorizo a minha inclusão 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 Gerais da referida Apólice. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta e as que não sejam do meu próprio punho que coincidam com as da cópia em meu poder. Declaro ter ciência de que:

**1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.**

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

**3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**

**4. 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.**

**5. 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.**

**6. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.**

**7. Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário "Comunique um Sinistro de Vida" disponível no site <http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/Atendimento/ComuniqueUmSinistro/>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).**

**8. Recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo. Estou ciente de que as Condições Gerais permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site [www.bradescoseguros.com.br](http://www.bradescoseguros.com.br) e uma via impressa desses documentos pode ser solicitada à Central de Atendimento para envio pelo correio no endereço indicado nesta Proposta.**

**A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROPONENTE.**

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

PROponente:

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.

PROPONENTE:

---

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

PROPONENTE:

---

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

PROPONENTE:

---

Data:

Assinatura do Proponente / Responsável Financeiro

### **INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE**

Somente poderão ser incluídas e serão aceitas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional e, no máximo, 60 anos de idade. 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.

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704 Demais Localidades: 0800 701 2714 Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais, Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
--	--

Ouvidoria: 0800 701 7000 – Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

---