|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGURADORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bradesco Vida e Previdência S.A. | Código SUSEP: 686-6 | CNPJ: 51.990.695/0001-37  **Avenida Alphaville, nº 779, Empresarial 18 do Forte, CEP: 06472-900, Barueri/SP**  **Registro do Produto SUSEP Nº 15414.901947/2014-59** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APÓLICE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proposta Nº**  10004327 | | | | | Apólice Nº 910.179 | | | | | | | | ( ) Alteração – Endosso nº ( )  **( ) Apólice Nova** | | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL do ESTIPULANTE (ENTIDADE escolar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | CNPJ | | | |
| **ASSOCIAÇÃO ESCOLA SUPERIOR DE PROPAGANDA E MARKETING** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **61.825.675/0001-64** | | | |
| RAZÃO SOCIAL do SUBeSTIPULANTE (ENTIDADE escolar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | CNPJ | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 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.  Eu na qualidade de pai/mãe/responsável legal do beneficiário (menor de 12 anos) autorizo que a Bradesco Vida e Previdência S.A. realize o tratamento dos dados pessoais do beneficiário indicado, especificamente para os fins indicados neste documento e reconheço que fui orientado a respeito das finalidades do tratamento e da possibilidade de revogação do meu consentimento a qualquer momento, ciente de que, neste caso, a criança perderá a qualidade de beneficiário. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 **31/12/2022** 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CURSO ATUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENSINO SUPERIOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COBERTURA(S)**  **PLANO A** | | | **Taxa(%) AplicadA Sobre o Valor da Mensalidade Escolar** | | | | | | | | **Capital(is) Segurado(s)** | | | | | | | | | | |
| Morte | | | 0,8389% | | | | | | | | Corresponde ao valor total de mensalidades escolares restantes para que o estudante complete o período escolar contratado. | | | | | | | | | | |
| Inv. Perm. Total por Acidente | | | 0,0302% | | | | | |  | |
| Perda de Renda por Desemprego\* | | | 0,0525% | | | | | | De R$ 5.052,00, limitado a 06 mensalidades. | | | | | | | | | | |
| **CARÊNCIA e/ou FRANQUIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Fica estipulado o prazo de carência de 3 (três) meses, contados a partir do início de vigência do risco individual. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRÊMIO DO SEGURO** | | | | | | | ÍNDICE E ATUALIZAÇÃO DE VALORES | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | 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** | CRITÉRIO DE CUSTEIO | | | | | | **EXCEDENTE TÉCNICO** | | | | | | | | | **REMUNERAÇÃO DO ESTIPULANTE** | | | | | |
| **NÃO CONTRIBUTÁRIO** | 100% Estipulante  **0%** Segurado | | | | | | **50%**, conforme condições contratuais da apólice. | | | | | | | | | **0%**, conforme condições contratuais da apólice. | | | | | |
| **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/central-sinistros>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).  **8.** Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.** Estou ciente de que as Condições Gerais e o Certificado Individual do Seguro 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.  **10.** Os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.  **11.** Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Vida e Previdência S.A., consulte a nossa Diretiva de Privacidade disponível para consulta em [www.bradescoseguranca.com.br](http://www.bradescoseguranca.com.br).  **12.** Constitui dever do intermediário dar cumprimento integral às disposições da Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente de informações sobre eventuais conflitos de interesses na relação entre intermediário e Seguradora, se atua com exclusividade e o montante da remuneração pela intermediação deste contrato. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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, 70 anos de idade. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



