

Formulário - Aviso de Sinistro

Educacional Perda de Renda

Nome do Estipulante: _____ CNPJ: _____

Nome do Subestipulante: _____ Número da Apólice: _____ CNPJ: _____

Nome do Corretor: _____

Dados do Segurado / Responsável Financeiro

Nome do Segurado: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: F M Estado Civil: _____ Ocupação: _____

Endereço Residencial: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ (DDD)Telefone: _____

Nome Comunicante: _____ Contato (DDD)Telefone: _____ E-mail: _____

Dados do Aluno e Ocorrência

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento: _____

Grau de Parentesco com o Segurado: _____ Série: _____ Nº Matrícula: _____ Data do Sinistro: _____

Valor da mensalidade no mês do Evento: _____ Data da última mensalidade quitada: _____

Neste ato, cedo à instituição de Ensino definida acima como Estipulante ou Sub-Estipulante, o direito ao recebimento do Capital Segurado contratado, com a finalidade de que o Capital seja destinado a me auxiliar no pagamento das mensalidades escolares para que eu possa dar continuidade aos meus estudos e, com isso, que se cumpra o objetivo do seguro. Cedo também à instituição a obrigação de conceder à Seguradora, a mais ampla, geral, irrestrita e irrevogável quitação. Declaro neste ato ter conhecimento que, caso, por quaisquer razões, eu não possa dar continuidade aos meus estudos para o próximo período escolar e/ou ciclo(s) escolar(es) considerado no cálculo do Capital Segurado, estarei obrigado a comunicar à Seguradora tal fato, para que ela suspenda o cálculo do Capital Segurado à Instituição de Ensino definida acima e passe a liberar o restante da Reserva a nova instituição de ensino, que deverá ser por mim indicado.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Segurado

Assinatura e Carimbo do Sub-Estipulante