

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO – PERDA DE RENDA
(Registro de informações cadastrais, Circular 445/2012)

Estipulante CNPJ

Subestipulante CNPJ

Corretor Código SUSEP

Dados do Responsável Financeiro e Educando

Nome do(a) Responsável Financeiro

CPF Data de Nascimento

Nome do(a) Educando(a)

CPF Data de Nascimento Série Atual Ciclo Escolar Atual

Nome para contato Telefone E-mail

INFORMAÇÕES SOBRE A APURAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Caracterizada a cobertura contratual ao evento, o Capital Segurado será apurado na regulação do sinistro e será resultante da seguinte equação: Valor Bruto da mensalidade escolar praticado pelo Estipulante na data do sinistro para a série atual do Educando multiplicado pela quantidade de mensalidades contratadas para a garantia de Perda de Renda.

Se a quantidade de meses faltantes para a conclusão do Período de Cobertura for menor que a quantidade de mensalidades escolares contratadas para a Perda de Renda, a Seguradora pagará apenas a quantidade de meses restantes para a conclusão do período de Cobertura contratado.

Caso a quantidade de mensalidades devidas seja igual ou inferior a 03 mensalidades, o pagamento será realizado em uma única vez. Caso a quantidade de mensalidades devida seja superior a 03, a Seguradora liberará o primeiro pagamento, correspondente a 03 mensalidades, após a regulação do sinistro, e a(s) mensalidade(s) restante(s) a cada 03 meses, observado o limite de mensalidades contratadas e condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção do fato gerador da indenização.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO/EDUCANDO

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 de 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 pagamento do Capital Segurado à Instituição de Ensino definida acima e passe a liberar o restante da Reserva ao novo beneficiário, que deverá ser por mim indicado.

DADOS DA C/C DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Bco: _____ Agência: _____ Nrº c/c: _____

São Paulo, ___ de _____ de _____.

ASSINATURA DO EDUCANDO/RESPONSÁVEL LEGAL (SE MENOR)