

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Alteração do Responsável Financeiro	<input type="checkbox"/> Alteração Cadastral

DADOS DO SEGURO		
Estipulante	Apólice	Contrato
Subestipulante	Cód. Subgrupo	

DADOS DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) FINANCEIRO(S)*			
Nome completo (1)		CPF	Data de Nascimento
Endereço		Número	Telefone
Cidade	Estado	CEP	% Participação Pgto da Mensalidade**
Profissão***	Estado Civil	Vínculo com o Educando <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Próprio Educando <input type="checkbox"/> Responsável Legal	
Nome completo (2)		CPF	Data de Nascimento
Endereço		Número	Telefone
Cidade	Estado	CEP	% Participação Pgto da Mensalidade**
Profissão***	Estado Civil	Vínculo com o Educando <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Próprio Educando <input type="checkbox"/> Responsável Legal	

* Responsável Financeiro: pessoa física que assume o compromisso de custear as mensalidades escolares do Educando. O Responsável Financeiro pode ser o próprio Educando, seu pai, mãe ou outro responsável legal. Se houver mais de um indivíduo figurando como parte no contrato de prestação de serviços educacionais com o Estipulante, deverá ser indicado o percentual de participação de cada um no custeio da mensalidade.

** O total da distribuição de participação não poderá exceder a 100%.

*** Em caso de profissão não remunerada, informar a origem da renda para pagamento da mensalidade: _____

DADOS DO EDUCANDO		
Nome completo	Matrícula	Data de Nascimento
Curso	Série atual	

BENEFICIÁRIOS DO SEGURO
Conforme Artigo 25 da Circular SUSEP 302/05, o beneficiário desta modalidade de seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.

CUSTEIO DO SEGURO
Não contributário (100% custeado pelo Estipulante).

QUADRO 1 – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE
A Declaração Pessoal de Saúde e Atividade é parte integrante do Formulário de Identificação do Responsável Financeiro. A falta de preenchimento das declarações abaixo pelo(s) Responsável(eis) Financeiro(s), impede a aceitação deste seguro. É importante que as questões sejam respondidas de forma manuscrita e por extenso com “SIM” ou “NÃO” pelo(s) Responsável(eis) Financeiro(s). Qualquer resposta positiva para as questões abaixo deverá ser esclarecida no quadro 2.

QUESTÕES	RESPOSTAS : Sim ou Não (Resp 1/Resp 2)	
1 – Esteve ou encontra-se afastado de suas atividades profissionais? Em caso afirmativo, esclareça.		
2 – Tem alguma deficiência de órgão ou sentido, redução de visão, audição ou defeito físico em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, esclareça.		

3 – Sofre ou Sofreu nos últimos 5 (cinco) anos de alguma doença que o tenha obrigado a submeter-se a biopsia e/ou tratamento médico e/ou intervenção cirúrgica em regime hospitalar ou afastar-se de suas atividades normais? Especifique a doença, data(s) e tratamento(s) realizado(s).		
4 – Realizou ou está realizando alguma biópsia ou exame para diagnóstico de alguma doença infectocontagiosa, exame de cateterismo, teste ergométrico, tomografia(s) ou qualquer outro que possa vir a afetar o atual estado de saúde? Especifique o(s) tipo(s) de exame, data(s) de realização e o(s) resultado(s).		
5 – Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio tais como: pressão alta; palpitações; arritmia cardíaca; dor no peito (angina, infarto); sopro cardíaco; outras doenças cardiocirculatórias e/ou cardiomiopatias? Especifique a doença e/ou distúrbio, data(s) e tratamento(s) realizado(s).		
6 – Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio tais como: enfisema pulmonar; sangramento pulmonar; tuberculose; outras doenças respiratórias? Especifique a doença e/ou distúrbio, data(s) e tratamento(s) realizado(s).		
7 – Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio tais como: doenças neoplásicas; tumores de qualquer natureza; Câncer; outras doenças oncológicas? Especifique a doença e/ou distúrbio, data(s) e tratamento(s) realizado(s).		
8 – Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio tais como: hemorragia; leucemia; hemofilia; púrpura; anemia; outras doenças do sangue; diabetes; doenças da tireoide; doenças da hipófise; outras doenças endócrinas e/ou glandulares; epilepsia; derrame cerebral; desmaios; perda de memória; neurites; outras doenças e/ou sequelas neurológicas; doenças sexualmente transmissíveis; outras doenças infectocontagiosas? Especifique a doença e/ou distúrbio, data(s) e tratamento(s) realizado(s).		
9 – Sofre ou sofreu de alguma doença ou transtornos mentais ou psiquiátricos, dependência de substâncias químicas tais como álcool, drogas e psicotrópicos? Especifique a doença e/ou transtorno e/ou dependência, data(s) e tratamento(s) realizado(s).		
10 – Tem conhecimento sobre alguma intervenção cirúrgica ou hospitalização a que tenha que submeter-se nos próximos 12 (doze) meses? Especifique o tipo de cirurgia e o motivo.		
11 – Recebeu ou está recebendo pensão ou benefício previdenciário em função de acidente, doença ou invalidez? Especifique o motivo e a data		
12 - Você é agente público que desempenha ou desempenhou, nos últimos 05 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos ou funções públicas relevantes ou possui representante, familiar ou outras pessoas de seu relacionamento com estas características? Em caso afirmativo, esclareça.		

Quadro 2: ESCLARECIMENTOS DAS RESPOSTAS (identificar o número da questão)

Nº da questão	Descreva os esclarecimentos das questões com resposta "SIM"

VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO

Para o grupo segurável já vinculado ao Estipulante no início de vigência da apólice coletiva o início de vigência individual do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada na Proposta de Contratação, observadas as regras constantes no item 4 – Grupo Segurável e item 14 – Início de Vigência Individual do seguro na Proposta de Contratação; e de pagamento do prêmio individual pelo Estipulante. Para os proponentes que assinarem a matrícula depois do início de vigência da apólice, o início de vigência individual do seguro será às 24 horas (vinte e quatro) horas da matrícula ou às 24 (vinte e quatro) horas da data de início do período letivo (obrigatoriamente quando as matrículas forem realizadas antes do início do período letivo).

AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (PROPONENTE)

Este Formulário de Identificação, se aceito pela Seguradora após os prazos e procedimentos estipulados pela legislação em vigor, fará parte integrante do contrato de seguro a ser firmado entre as Partes. A Seguradora, desta forma, fica autorizada a utilizar todas as informações prestadas pelo(s) Responsável(eis) Financeiro(s) ou pelo Educando em qualquer época, no amparo e defesa de seus direitos/interesses, sem que tal autorização implique em ofensa e/ou quebra de sigilo de qualquer natureza.

Neste ato, o(s) Responsável(eis) Financeiro(s) autoriza(m) a sua inclusão na apólice do MAPFRE Proteção Educacional Multiflex contratada pelo Estipulante acima mencionado, a quem ele concede(m) o direito de agir em seu(s) nome(s) no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das condições contratuais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao Estipulante, investido dos poderes de representação.

O(s) Responsável(eis) Financeiro(s) declara(m), neste ato: (1) Ter(em) conhecimento do conteúdo integral das Condições Gerais e do Contrato; (2) Que atende(m) às demais condições de aceitação do seguro; (3) Que prestou(aram) e prestará(ão), sempre que solicitadas, todas as informações relevantes para análise do risco e precificação do seguro; (4) Ter(em) conhecimento do disposto do artigo 766 do Código Civil que estipula que: "Se o Segurado, por si ou por seu responsável legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido." (5) Ter(em) conhecimento de que, se aceita a adesão, a vigência do seguro terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao protocolo deste documento na Seguradora; (6) Ter(em) conhecimento de que Capitais Segurados serão determinados pelos valores de mensalidade escolares praticados pelo Estipulante nos Contratos de Prestação de Serviços Educacionais e que, em razão disso, o Estipulante assumiu a obrigação de encaminhar à Seguradora os valores das mensalidades escolares nos prazos e procedimentos a serem estipulados no Contrato.

Declaro que tive conhecimento das informações mínimas que devem ser disponibilizadas antes da aquisição deste produto de seguro, conforme previsto na Resolução CNSP nº 382/2020, especialmente sobre os valores da remuneração do(s) intermediário(s) que incidem sobre o valor do meu produto.

Local e Data _____

Assinatura do Responsável Financeiro (1)

Assinatura do Responsável Financeiro (2)

DISPOSIÇÕES FINAIS

A aceitação do MAPFRE Proteção Educacional Multiflex está sujeita à análise do risco no prazo estipulado pela legislação específica em vigor. Portanto, o preenchimento, a assinatura e o protocolo na Seguradora deste Formulário de Identificação do Responsável Financeiro, não caracterizam por si só, a aceitação do seguro por parte da Seguradora.

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

Este plano é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Para todas as garantias será aplicada a carência no caso de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros dois anos de contratação do seguro ou sua recondução, depois de suspenso, conforme dispõe o Código Civil. As carências e franquias de cada cobertura serão conforme definido no Contrato.

O Grupo MAPFRE respeita e cumpre as exigências previstas na Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais zelando pelos seus dados pessoais. Responsável pelo tratamento: (Empresa envolvida); Finalidade: Pré Contrato/Contratação. Caso deseje obter mais informações de seus direitos como o titular dos dados pessoais, e como a MAPFRE trata seus dados, consulte <https://politica.mapfre.com.br/#/politica-privacidade>

O seguro proposto pela MAPFRE é por prazo determinado. Desta forma, as partes têm a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem que a Seguradora seja obrigada a devolver prêmios pagos, definidos na apólice.

Em caso de dúvidas, entre em contato com seu corretor de seguros ou ligue: SAC Serviço de Atendimento ao Consumidor (24h) 0800 011 2800. Deficiente Auditivo e de Fala 0800 775 5045. Captação de Sinistro 0800 775 3673.

Ouvidoria: 0800 775 1079, disponível de segunda à sexta, das 08h às 20h (exceto feriados). Ouvidoria para deficientes auditivo e de fala: 0800 962 7373, disponível de segunda à sexta, das 08h às 20h (exceto feriados).

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.