



## SEGURADORA

BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA S/A

Código SUSEP: 686-6

AV. ALPHAVILLE, 779, EMPRESARIAL 18 DO FORTE, CEP: 06472900, BARUERI/SP

CNPJ: 051990695000137

Processo SUSEP Nº15414.901947/2014-59

## APÓLICE

Apólice Nº  
910215() Alteração - Endosso nº ()  
(X) Adesão

|                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------|
| <b>ESTIPULANTE (ENTIDADE EDUCACIONAL)</b>           | <b>CNPJ</b>        |
| CONGREGAÇÃO DE SANTA DOROTEIA DO BRASIL - SUL       | 03.658.515/0010-62 |
| <b>SUBESTIPULANTE (ENTIDADE EDUCACIONAL)</b>        | <b>CNPJ</b>        |
| 003 - CONGREGAÇÃO DE SANTA DOROTEIA DO BRASIL - SUL | 03.658.515/0010-62 |

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

|                                                    |                    |                   |                       |
|----------------------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Nome do Responsável Financeiro:                    |                    |                   | CPF:                  |
| Data Nascimento:                                   | Sexo:              | Estado Civil:     | RG:                   |
| Profissional Liberal ou Autônomo?<br>Sim () Não () | Ramo de Atividade: | Data de Admissão: | Renda Mensal:<br>0,00 |
| Endereço Completo:                                 |                    |                   | Bairro:               |
| CEP:                                               | Cidade:            |                   | UF:                   |
| E-mail:                                            | Tel. Residencial:  | Tel. Comercial:   | Tel. Celular:         |

**DADOS DO ALUNO**

|                     |        |        |                      |
|---------------------|--------|--------|----------------------|
| Nome*:              |        |        | Matrícula:           |
| Grau de Parentesco: | Curso: | Série: | Mensalidade:<br>0,00 |

\* Caso deseje utilizar Nome Social, orientamos acessar o app da Bradesco Seguros para atualização de seus dados cadastrais.

**VIGÊNCIA**

A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas determinadas no Certificado Individual e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo as hipóteses de cancelamento previstas nas Condições Gerais deste Seguro.

| <b>COBERTURA(S)</b>                     | <b>CAPITAL(IS) SEGURADO(S)</b>                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MORTE                                   | Correspondente ao valor total de mensalidades escolares restantes para que o estudante complete o período escolar contratado OU o 3º ano do ensino médio. De acordo com o contrato firmado entre Instituição de Ensino e Seguradora. |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE |                                                                                                                                                                                                                                      |
| PERDA DE RENDA                          | Limitado a 3 mensalidades.                                                                                                                                                                                                           |
| <b>COBERTURA(S)</b>                     | <b>TAXA(S) DO SEGURO</b>                                                                                                                                                                                                             |
| MORTE                                   | 12,5450 %                                                                                                                                                                                                                            |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE | 1,1250 %                                                                                                                                                                                                                             |
| PERDA DE RENDA                          | 1,2910 %                                                                                                                                                                                                                             |

A **taxa do seguro** será aplicada sobre a Mensalidade.

O **prêmio** será obtido por meio da multiplicação da taxa do seguro pela Mensalidade de Referência.

**ATUALIZAÇÃO DE VALORES**

Os prêmios e capitais segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria profissional vinculada ao Estipulante, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

|                         |                            |                          |                       |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>FORMA DE CUSTEIO</b> | <b>CRITÉRIO DE CUSTEIO</b> | <b>EXCEDENTE TÉCNICO</b> | <b>REMUNERAÇÃO DO</b> |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|



|               |                                 |                                                   | <b>ESTIPULANTE</b>                                |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Contributário | 0% Estipulante<br>100% Segurado | 0%, conforme Condições<br>Contratuais da Apólice. | 0%, conforme Condições<br>Contratuais da Apólice. |

Eu na qualidade de pai/mãe/responsável legal do beneficiário (menor de 12 anos) autorizo que o 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.

**Pela presente autorizo a minha inclusão na apólice de Seguro de Pessoas - Coletivo** contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais 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 do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

**4.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [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 [www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/Atendimento/central-sinistros](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).

**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.

**13.** Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

O referido prazo poderá ser suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

**14.** Autorizo a Seguradora Bradesco Vida e Previdência S.A. a enviar por e-mail, whatsapp ou SMS informativos ou materiais publicitários sobre o meu seguro.

**15.** Site para registro de reclamações dos consumidores: [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br).



16. Autorizo a Bradesco Vida e Previdência S.A. e as demais empresas do Grupo Bradesco Seguros, se for o caso, a utilizarem o meu nome social, que indiquei, em todas as documentações contratuais e durante o relacionamento com as referidas empresas, para todos os fins de direito

**OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE PARA CAPITAIS SEGURADOS SUPERIORES A R\$ 0,01.**

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

PROponente:

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

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.

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

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

Data:

Assinatura do Proponente:

#### 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 18h  
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.

**Acesse o portal do estipulante escaneando o QRCode abaixo:**

