

Estipulante CNPJ

Subestipulante CNPJ

Beneficiário CNPJ/CPF:

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

INFORMAÇÕES SOBRE A APURAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Caracterizada a cobertura contratual ao evento, garante ao Beneficiário o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, limitado ao Capital Segurado contratado, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência direta e exclusiva de Acidente Pessoal Coberto, durante a vigência do seguro, exceto se o evento caracterizar-se como um dos riscos excluídos indicados nas condições especiais de DMHO e observadas as demais disposições contratuais.

O Capital Segurado será apurado na regulação do sinistro, será estabelecido no Contrato sendo que o valor máximo e a quantidade máxima de cada mensalidade de referência contratada indenizáveis serão estabelecidos em Contrato de Seguro, sempre observados os limites da Cobertura contratada e condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção do fato gerador da indenização.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO/EDUCANDO

Neste ato, cedo à _____ definida como () Estipulante () Sub-Estipulante ou () Beneficiário, o direito ao recebimento da Indenização decorrentes do acidente coberto, com a finalidade de que o Capital seja destinado o recebimento do reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, cumprindo desta forma, o objetivo do seguro. Cedo também à _____ a obrigação de conceder à Seguradora, a mais ampla, geral, irrestrita e irrevogável quitação. Declaro neste ato ter conhecimento que, caso, por quaisquer razões,

Autorizo ainda a Mapfre a efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta corrente indicada abaixo:

Nome: _____
Número do Banco: _____ Nome do Banco: _____
Número da Agência: _____ Nome Agência: _____
Conta Corrente: nº.: _____ Dígito nº: _____

São Paulo, ___ de _____ de _____.

ASSINATURA DO EDUCANDO/RESPONSÁVEL LEGAL (SE MENOR)