

<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Alteração
-----------------------------------	------------------------------------

Estipulante: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL	CNPJ: 88.648.761/0001-03
---	---------------------------------

Aluno	Nome completo do (a) aluno (a)	Data de Nascimento	Matrícula (cadastro)	Curso

Responsável Financeiro 1	Responsável pelo custeio dos estudos (Segurado) - Resp. Financeiro - Assinalar apenas uma opção:							
	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Responsável Legal	<input type="checkbox"/> Próprio Aluno				
	Só poderá ser indicado como responsável na proposta o pai, a mãe ou, na falta destes, quem responda pela guarda e manutenção do aluno, ou o próprio aluno, quando este for responsável pelo pagamento das mensalidades escolares, desde que satisfaça as seguintes condições: estar em boas condições de saúde, estar em boas condições de exercer atividades profissionais, <u>ter idade igual ou inferior a 65 anos.</u>							
	Nome do Responsável Financeiro			Data de Nascimento				
	Endereço Completo							
CPF	Telefone	% Participação Pagamento da Mensalidade						
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Outros	Sexo	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M

Beneficiários	
O beneficiário deste seguro será sempre o estipulante.	

Responsável Financeiro 2	Responsável pelo custeio dos estudos (Segurado) - Resp. Financeiro - Assinalar apenas uma opção:							
	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Responsável Legal	<input type="checkbox"/> Próprio Aluno				
	Só poderá ser indicado como responsável na proposta o pai, a mãe ou, na falta destes, quem responda pela guarda e manutenção do aluno, ou o próprio aluno, quando este for responsável pelo pagamento das mensalidades escolares, desde que satisfaça as seguintes condições: estar em boas condições de saúde, estar em boas condições de exercer atividades profissionais, <u>ter idade igual ou inferior a 65 anos.</u>							
	Nome do Responsável Financeiro			Data de Nascimento				
	Endereço Completo							
CPF	Telefone	% Participação Pagamento da Mensalidade						
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Outros	Sexo	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M

Beneficiários	
O beneficiário deste seguro será sempre o estipulante.	

Observações: **ENTREGAR COM ESTA FICHA CÓPIA DO RG E CPF OU CNH DO (S) RESPONSÁVEL (IS) FINANCEIRO (S).**

O Segurado perderá ainda o direito a qualquer indenização decorrente deste plano de seguro se fizer declarações falsas ou incompletas, conforme disposto no Art. 766 do Código Civil ou ainda omitir circunstâncias de seu conhecimento que poderiam ter influído na aceitação do risco e no cálculo do prêmio. As declarações constantes da proposta ficam fazendo parte integrante da deste contrato. A Icatu Seguros obriga-se a indenizar os eventos e/ou suas consequências, desde que discriminados nas condições contratuais da apólice.

_____	_____	_____
Data	Assinatura do Responsável 1	Assinatura do Responsável 2

A íntegra das Condições Gerais encontra-se em poder do Estipulante.

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

Icatu Seguros - Praça 22 de abril, 36 - Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20.021-370 - CNPJ 42.283.770/0001-39

Processo SUSEP 15414.004561/2006-97