

DADOS DO ESTIPULANTE									
Estipulante CONFENEN – Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino							Nº da Apólice		
DADOS DO SUB-ESTIPULANTE									
Sub-estipulante							Mensalidade Contratada R\$		
DADOS DO SEGURADO / RESPONSÁVEL									
Nome do Segurado						Matrícula		CPF	
Data de Nascimento / /		RG	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Nacionalidade		Naturalidade		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome do Pai, Mãe ou Responsável									
Endereço									
Bairro				Cidade			Estado		CEP
Telefone (DDD)			Fax			E-mail			
DADOS ESCOLARES									
Horário de Entrada				Horário de Saída			Turma		Série
DADOS DO ACIDENTE									
Data da Ocorrência				Horário			Local da Ocorrência <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Escola		
Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências:									
DADOS DAS TESTEMUNHAS (Indique as pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado, após o acidente)									
Nome									
Endereço							Telefone(DDD)		
Nome									
Endereço							Telefone(DDD)		
INFORMAÇÕES GERAIS									
Indique o nome da pessoa que prestou os primeiros socorros, a data e horário desta providência						Data		Horário	
Interviu alguma autoridade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se realizado informe o Nº do B.O. (Boletim de Ocorrência)						Nº do Distrito Policial	
Onde está atualmente o acidentado? <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outro Local indique:									
Outras Informações que julguem necessárias:									
DADOS DO PAGAMENTO PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE									
O pagamento deverá ser emitido em nome de:									
Nome do Banco				Nº do Banco		Agência		Conta Corrente	
Local				Data		Nome e Assinatura do Responsável pelas Informações			
PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE									
1. O seguro sistema de livre escolha, proporciona ao seu filho acidentado atendimento pelo médico ou dentista em hospital de sua opção.									
2. Entregar os formulários Aviso de Acidente e Relatório do Médico Assistente ao médico ou dentista que prestou atendimento.									
3. Anexar aos formulários as receitas médicas, notas fiscais com carimbo de quitação ou recibos de farmácias (com remédios do tratamento discriminados), hospitais, clínicas, ou profissionais (especificando os valores de diárias hospitalares, honorários profissionais, exames, medicamentos e etc.).									
4. Anexar o BO – Boletim de Ocorrência quando houver interferência Policial									
5. Anexar cópia do recibo da mensalidade escolar do mês do acidente; dos documentos do Segurado (acidentado) e do CPF e RG do favorecido para emissão do crédito em conta.									
6. A Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada reserva-se ao direito de solicitar, a qualquer tempo documentos que auxiliem na elucidação do evento em questão.									
7. Fica entendido e acordado que o médico assistente do Segurado, se solicitado deverá prestar informações à Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada, como seu representante ou responsável médico.									
8. Entregar toda a documentação na secretaria da escola.									
9. O reembolso será efetuado pela Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada de acordo com as Condições Gerais e Especiais da Apólice acima mencionada.									
Observação: na ausência dos dados para crédito em conta corrente o cheque correspondente será emitido a favor do interessado descrito nas notas fiscais, Não sendo de responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada a posterior troca do cheque por falta ou erro na informação do Beneficiário correto.									