



APA- COLEGIO SAN AGUSTÍN LOS NEGRALES.
Calle Santa Emilia, 20. Los Negrales. 28440 Guadarrama. Madrid.



A.P.A. Colegio San Agustín Los Negrales PP. Agustinos

Los Negrales, Guadarrama a 10 de septiembre de 2020

ADHESIÓN AL SEGURO DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS

Estimados padres,

Como probablemente sepáis, la Asociación de Padres de Alumnos del Colegio San Agustín de Los Negrales tiene contratado con la compañía ASISA desde el año 2011 un seguro para garantizar la continuidad de los estudios de nuestros hijos en el Centro en caso de fallecimiento por cualquier causa de los padres (padre/madre/tutor) de nuestros alumnos.

Como padres siempre hemos considerado que la educación de nuestros hijos es una de nuestras prioridades y la elección del Colegio San Agustín ha sido una de las decisiones para alcanzar ese objetivo. Por eso, desde nuestra Asociación hemos querido tener una garantía al alcance de todos para que en caso de que se produzca el triste fallecimiento de un padre o madre de un alumno, éste no quede privado de su educación en nuestro Colegio.

Esta es la razón de ser del Seguro de Continuidad de Estudios (SCE). El beneficiario del seguro es el APA, quien se haría cargo del coste de los estudios del alumno en nuestro Centro, hasta la finalización de los mismos, incluyendo los cursos de Bachillerato.

Las primas, según el curso del alumno, son las mismas que en el pasado curso, es decir:

- **Desde 1º Infantil a 3º de Primaria: Prima por asegurado 50€/año**
- **Desde 4º Primaria a 3º de ESO: Prima por asegurado 42€/año**
- **Desde 4º ESO a 2º Bachillerato: Prima por asegurado 35€/año**

Se podrán asegurar con estas condiciones las personas menores de 65 años.

Para darse de alta en el seguro es necesario cumplimentar el formulario adjunto y entregarlo en la oficina del APA antes del 30 de septiembre. El importe de la prima se pasará al cobro en la primera quincena del mes de diciembre.



APA- COLEGIO SAN AGUSTÍN LOS NEGRALES.
Calle Santa Emilia, 20. Los Negrales. 28440 Guadarrama. Madrid.



A.P.A. Colegio San Agustín Los Negrales PP. Agustinos

Estamos a vuestra disposición en el despacho del APA (horario de 9:00 a 13:00 H)
para solventar cualquier duda que necesitéis aclarar.

Datos de adhesión al SEGURO DECONTINUIDAD DE ESTUDIOS

Nombre y Apellidos del asegurado/s:

-

DNI:

-

DNI:

Domiciliación bancaria:

| IBAN | ENTIDAD | OFICINA | DC | NÚMERO DE CUENTA |
|------|---------|---------|----|------------------|
| ES | | | | |

Por la presente autorizo la domiciliación en la cuenta de la que soy titular de los recibos presentados por la Asociación de Padres de Alumnos del Colegio San Agustín –Los Negrales en concepto de Seguro de Continuidad de Estudios.

Según lo dispuesto en la LOPD, le informamos que los datos facilitados en este formulario, serán tratados por el APA del Colegio San Agustín Los Negrales con el objetivo de gestionar el servicio. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante carta dirigida a nuestra asociación, adjuntando fotocopia de su DNI, a la calle Santa Emilia,20, C.P. 28440 de Los Negrales (Madrid).



SOLICITUD SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

Tomador: ASOCIACION DE PADRES DE ALUMNOS DEL COLEGIO SAN AGUSTÍN DE LOS NEGRALES

| | |
|---------------------------|--|
| Delegación: MADRID | Fecha de Entrada: <small>(Reservado para ASISA VIDA Vida)</small> |
|---------------------------|--|

Efecto del Seguro:

Asegurado/s (padre, madre o tutor legal): (en rojo, respuesta imprescindible)

| | | | |
|---|------------------|----------------------|--|
| N.I.F.: | Nombre: | | |
| Apellidos: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Estado Civil: | |
| ¿En qué trabaja?: | | | |
| Actividades de riesgo (trabajo/ocio): No /Sí | Describe: | | |

| | | | |
|---|------------------|----------------------|--|
| N.I.F.: | Nombre: | | |
| Apellidos: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Estado Civil: | |
| ¿En qué trabaja?: | | | |
| Actividades de riesgo (trabajo/ocio): No /Sí | Describe: | | |

| | | |
|----------------------------|------------------------|---------------------|
| Domicilio: | Provincia: | Cód. Postal: |
| Localidad: | Teléfono móvil: | |
| Teléfono fijo: | | |
| Correo electrónico: | | |

Nº DE HIJOS, ALUMNO/S DEL CENTRO, CUBIERTOS POR EL SEGURO:

| | |
|---------------------------------------|--------------------|
| Nombre y apellidos de alumno 1: _____ | Curso 20/21: _____ |
| Nombre y apellidos de alumno 2: _____ | Curso 20/21: _____ |
| Nombre y apellidos de alumno 3: _____ | Curso 20/21: _____ |
| Nombre y apellidos de alumno 4: _____ | Curso 20/21: _____ |
| Más... _____ | |

Beneficiario: APA COLEGIO SAN AGUSTÍN DE LOS NEGRALES (con objeto de cubrir los estudios en este centro del alumno/s a los que se refiere la solicitud)

GARANTÍAS DEL SEGURO: Fallecimiento del asegurado/s por cualquier causa

Las declaraciones del Tomador y del Asegurado constituyen la base del Contrato que se solicita. Toda declaración inexacta que influya en la valoración del riesgo dará lugar a la nulidad del Contrato quedando a favor de la Entidad Aseguradora la prima o fracción de ella ya satisfecha. Los firmantes manifiestan que son exactas las declaraciones que acompañan a la presente solicitud.

El tomador y el asegurado dan su consentimiento expreso a que los datos personales proporcionados, incluidos los de salud, así como cualquier otro dato que pudiera ser facilitado por los mismos en el curso de la relación contractual, sean incluidos en un fichero automatizado, responsabilidad de ASISA VIDA con la finalidad –entre otros- de dar cumplimiento a la relación contractual, la prevención e investigación del fraude, la gestión y el desenvolvimiento propio de la actividad aseguradora, la valoración y delimitación del riesgo, así como el envío por parte de la misma de comunicaciones relativas a cualesquiera de sus productos o servicios.

Los citados datos, incluidos los de salud, serán objeto de tratamiento por ASISA VIDA, así como por parte de aquellas otras entidades públicas o privadas que intervengan en la gestión de su actividad.

El tomador y asegurado prestan su consentimiento para que ASISA VIDA comunique sus datos a los beneficiarios, con el objeto de llevar a cabo las gestiones relacionadas con el seguro.

El tomador y el asegurado manifiestan su conformidad a las cesión a ficheros comunes de los datos que les sean recabados a lo largo del contrato, con la finalidad de proceder a la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial para poder llevar a cabo la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora de acuerdo con lo establecido en el art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y en la Disposición Adicional 6ª de la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre.

El tomador y asegurado consienten de manera expresa el envío por parte de ASISA VIDA de información sobre productos o servicios propios o de terceros, así como la cesión de sus datos a entidades colaboradoras de la Entidad.

Los titulares de los datos podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose a ASISA VIDA, Departamento de Asesoría

El Tomador

El Asegurado o asegurados

