

Colegio

Año escolar Fecha/...../.....

Estimados padres,

El Colegio tiene contratado con la Compañía GES Seguros, S.A. un seguro de carácter opcional que garantiza la **continuidad de estudios**.

Dicho seguro cubre el coste del Colegio de nuestros hijos en caso de fallecimiento, por cualquier causa, del titular de la póliza (padre, madre o tutor) hasta la finalización de los estudios en el Centro.

Su cuota es anual y renovable con fecha de inicio de cada curso escolar, siendo el pago único por familia, independientemente del número de hijos escolarizados en el Centro.

Su coste es variable en función del número de asegurados y se pasará junto con el recibo del mes de septiembre.

En caso de estar interesados en suscribir dicho seguro, habrá que cumplimentar adecuadamente el documento que se adjunta con el sobre de matrícula.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.

Boletín de adhesión Vida Grupo

Boletín de adhesión al Seguro de Grupo, contratado con GES seguros, S.A. por:

Tomador

Colegio

Datos del candidato a asegurar

Id. Fiscal Nombre y apellidos (Padre o madre)
 Fecha de nacimiento/...../.....
 Dirección Población CP
 Provincia Teléfono

Garantías

Garantías Muerte

Capital Capital pendiente en función del curso en el que se encuentre el alumno

Beneficiario

Colegio

Datos de los alumnos

Apellidos	Nombre	Curso
Apellidos	Nombre	Curso
Apellidos	Nombre	Curso
Apellidos	Nombre	Curso
Apellidos	Nombre	Curso

El abajo firmante reconoce haber recibido en el día de hoy y con anterioridad a la firma y suscripción de este Boletín de Adhesión toda la información requerida en el artículo 106 del Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y en concreto la relacionada con la legislación aplicable al contrato, las instancias de reclamación y los datos correspondientes a la Entidad Aseguradora, así como la Nota Informativa.

El que suscribe solicita su inclusión en la póliza de referencia, manifestando no haber sido baja por enfermedad en los treinta días anteriores a esta fecha, no tener conocimiento de padecer enfermedad alguna de carácter evolutivo (cáncer, diabetes, hepatitis, sida, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, etc.), que no existe ningún aspecto de su vida actual o pasada que hace que esté o haya estado expuesto al contagio del virus del sida.

Firma del asegurado

Declaraciones previas

Boletín de adhesión al Seguro de Grupo, contratado con GES seguros, S.A. por:

Solicitante D. Domiciliado en

Declaraciones previas que hace D.

con el fin de que pueda ser tomado en consideración por GES seguros y reaseguros, S.A. el Seguro de Vida que ha solicitado a la misma, las cuales servirán de base para la emisión en su caso, de la correspondiente póliza.

1. a. Fecha y lugar de nacimiento
- b. Profesión ¿Tenía antes otra? ¿Cuál?
- c. ¿Ha cambiado alguna vez de trabajo por razones físicas o de salud?
- d. ¿Utiliza algún ciclomotor, motocicleta o transporte aéreo distinto del regular o chárter o en otra condición que la de pasajero?
- e. ¿Practica algún deporte arriesgado o como profesional?
2. a. Está usted asegurado sobre la vida? ¿En qué Compañía? ¿Con o sin reconocimiento médico?
- b. ¿Fue usted aceptado en la forma solicitada o con algún recargo o restricción?
- c. ¿Ha sido usted rehusado por alguna Compañía? ¿Por cuál? ¿Cuándo?
- d. ¿Tiene usted en trámite algún seguro de vida?
- e. ¿Está usted asegurado de accidentes? ¿Por qué importe? ¿En qué Compañía?
- f. Tiene usted en trámite algún seguro de accidentes?
3. a. ¿Se encuentra usted actualmente en perfecto estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad?
- b. ¿Tiene usted algún defecto físico?
- c. ¿Hizo el servicio militar? Si no lo hizo, indicar las causas?
4. ¿Cuáles son?
 - a. Su estatura:
 - b. Su peso:
 - c. Perímetro torácico:
 - d. Perímetro abdominal:
5. a. ¿Qué enfermedades ha padecido usted? Enumérelas, indicando cuáles ¿Cuándo las padeció? ¿Qué duración tuvieron? ¿Toma alguna medicación?
- b. ¿Le quedó como consecuencia de ellas alguna secuela? ¿Cuál?
6. a. ¿Ha sido operado alguna vez? ¿De qué?
- b. ¿Cuándo?
- c. ¿Piensa sufrir alguna intervención quirúrgica o ser tratado en un sanatorio, hospital o clínica?
7. a. ¿Ha sido víctima de algún accidente? En caso afirmativo ¿con qué consecuencia?

8. a. ¿Le han practicado alguna exploración médica (análisis, radiografías, electrocardiogramas, etc.)? ¿Con qué resultado?
- b. ¿Por qué causas?
9. a. ¿Le han tomado alguna vez la tensión arterial? ¿En qué fecha fue tomada por última vez? ¿Que cifras?
- b. ¿Sufre usted palpitaciones, fatiga, o tiene usted además varices en sus piernas?
10. a. ¿Ha sido baja en el trabajo por más de una semana en los últimos tres meses?
- b. ¿Causa?
11. a. ¿Existe algún aspecto de su vida actual o pasada que hace que usted este o haya estado expuesto al contagio del virus del SIDA?
12. a. ¿Le han realizado test de anticuerpos contra el SIDA?
- Lugar:
- Fecha:
13. a. ¿Fuma usted? ¿Qué cantidad al día?
14. Para mujeres
- a. ¿Padece o ha padecido usted hemorragias u otras enfermedades propias del sexo? Indíquese, en caso de anormalidad, nombre y dirección actuales de los médicos que le hayan asistido.

El abajo firmante declara ser exactas y sinceras las contestaciones arriba expresadas y no haber omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes o dolencias algunas de las consignadas en los apartados precedentes, quedando debidamente impuesto de que tales declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por la Compañía; revela expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en sus dolencias y les autoriza a revelar a la Compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener.

En Madrid, a de de 20

Firma del solicitante

“De acuerdo con lo establecido en la normativa europea de protección de datos, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018 relativos a la protección de datos, le informamos que los datos recabados en este formulario y sus documentos anexos serán tratados por EL COLEGIO con la finalidad de gestionar la relación educativa con el alumno y la colaboración con la familia para el control y supervisión social, sanitaria y alimenticia que resulten, en su caso, necesarios para el bienestar del alumno (alergias, intolerancias, enfermedades que requieran atención o vigilancia por parte del centro, discapacidades, características psicológicas como, por ejemplo, TDAH y similares, etc.). El tratamiento de dichos datos está basado en la relación educativa existente con el centro y en las obligaciones legales del centro educativo derivadas de dicha relación educativa. En el caso de que el interesado solicite la contratación de un seguro la base del tratamiento es el consentimiento del interesado. Los datos del alumno se cederán a terceros en aquellos casos en que exista una obligación legal o resulte necesario proteger un interés vital del alumno (Jueces y tribunales, administraciones públicas, cuerpos de seguridad del estado, servicios sociales, servicios sanitarios cuando sea necesario, etc.). También se cederán en caso de cursar los estudios correspondientes al Bachillerato Internacional a los organismos gestores de dicho sistema educativo. En el caso de contratar un seguro de cualquier naturaleza se transmitirán los datos a la entidad aseguradora y/o a un agente mediador de seguros. Los datos también se transmitirán a entidades colaboradoras o proveedores del Colegio con la finalidad de poder prestar el servicio requerido en cada caso. Los datos proporcionados en este formulario y sus documentos anexos se conservarán durante el tiempo en que el alumno curse estudios en el centro educativo y, posteriormente, durante el tiempo de prescripción de las obligaciones legales. Como excepción, el expediente académico del alumno será conservado de forma indefinida tal como establecen las vigentes disposiciones legales. No se realizarán transferencias internacionales de datos personales salvo (i) en aquellos casos en que se requiera transmitir el expediente académico a centros ubicados fuera del EEE previa solicitud de los padres o tutores del alumno y (ii) en su caso, en el caso de transmisiones de datos a organismos gestores del Bachillerato Internacional. Le recordamos que tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar y cancelar los datos personales aportados, así como oponerse al tratamiento de los mismos en la forma y con las limitaciones previstas en la ley, solicitar la limitación del tratamiento o la portabilidad de los datos, dirigiéndose por escrito al colegio aportando una copia de su DNI. Se le informa especialmente de que la contestación de todos los puntos del formulario y documentos anexos resulta necesaria para formalizar la admisión del alumno y de que el centro educativo no toma decisiones automatizadas sobre sus alumnos. Les recordamos su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia de protección de datos en caso de que consideren que se ha vulnerado alguno de sus derechos bajo las vigentes disposiciones legales. Si lo desean, también pueden contactar con nuestro Delegado de Protección de datos en la dirección dpd@grupoeducare.es”

En Madrid, a de de 20

Firma del solicitante