



Madrid, Noviembre de 2015

Estimados Padres:

Os comunicamos que a través de la APA y en colaboración con FECAPA (Federación Católica de Asociaciones de Padres de Alumnos de Madrid), se va a contratar, como en años anteriores, el **Seguro de Continuidad Escolar**. Este **seguro voluntario** permite garantizar la **continuidad de los estudios de vuestros hijos en el centro, en caso de fallecimiento o invalidez absoluta y permanente de los asegurados**.

Las cuotas y coberturas del seguro para el curso 2015-2016 son:

| CUOTAS en € | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------|--------|--------|
| ASEGURADOS (Padres) | BENEFICIARIOS (Hijos) | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 29,50 | 59,00 | 88,50 | 118,00 |
| 2 | 39,50 | 79,00 | 118,50 | 158,00 |

| COBERTURAS | Importe |
|--------------------|---------|
| Educación Infantil | 1.200 € |
| Educación Primaria | 1.200 € |
| ESO | 1.200 € |
| Bachillerato | 3.600 € |

Procedimiento de alta o renovación

| PROCEDIMIENTO | | | Documento Alta-Renovación | Boletín Adhesión | Declaración Salud | Justificante Ingreso Cuota |
|---------------|--|--|---------------------------|------------------|-------------------|----------------------------|
| RENOVACIÓN | Para padres ya asegurados en el curso 2014-2015 | Sin variación de asegurados ni beneficiarios | ✓ | | | ✓ |
| | | Si incorporan un nuevo hijo al colegio y quieren hacerlo beneficiario del seguro | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | Cuando uno de los cónyuges no estaba asegurado en el curso pasado y en el presente decide darse de ALTA | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ALTA | ALTA de padres cuyo(s) hijo(s) el CURSO 2015-2016 es el PRIMERO que va a realizar en el colegio Valdeluz y quieran acceder a este seguro | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | ALTA para padres cuyo(s) hijo(s) YA HA REALIZADO ALGÚN CURSO en el colegio Valdeluz y quieran incorporarse a este seguro para el curso 2014-2015 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

En la página web del colegio, os podéis descargar esta circular completa incluyendo también el documento de alta o renovación y el boletín de adhesión y declaración de salud (APA – Circulares – Seguro Continuidad 2015-2016)

Aquellos padres que estén interesados deben entregar en portería del Colegio, en un sobre a nombre del APA indicando SEGURO CONTINUIDAD ESCOLAR, el Documento de Alta o Renovación, el Boletín de Adhesión y declaración de salud, en su caso, debidamente cumplimentados junto con **el justificante de ingreso de La Caixa**.

Forma de pagar la póliza

Transferencia o ingreso en la cuenta de la APA de la **sucursal de LA CAIXA de Fermín Caballero, 36** (ÚNICAMENTE EN ESTA SUCURSAL) poniendo los nombres de los asegurados y de los beneficiarios (imprescindible identificar quien hace los ingresos).

Nº cuenta IBAN: ES66-2100-4391-4202-0005-0674

LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA DEBERÁ ENTREGARSE ANTES DEL PRÓXIMO DÍA 30 DE NOVIEMBRE. FECHA IMPORROGABLE, AL VENIR FIJADA POR LA MUTUALIDAD DE FECAPA. La falta de cualquier dato solicitado significará también la no tramitación de la solicitud, ya que estos datos son imprescindibles para la Compañía Aseguradora

Sin otro particular, aprovechamos para enviaros un cordial saludo

Vocalía de Relaciones Exteriores

DOCUMENTO ALTA O RENOVACION DE SEGURO ESCOLAR

Importe Abonado: _____

Teléfono _____

Correo electrónico: _____

| |
|----------------------|
| 1º ASEGURADO: |
|----------------------|

| |
|----------------------|
| 2º ASEGURADO: |
|----------------------|

| |
|-------------------------|
| 1º Beneficiario: |
|-------------------------|

| |
|---------------|
| Curso: |
|---------------|

| |
|-------------------------|
| 2º Beneficiario: |
|-------------------------|

| |
|---------------|
| Curso: |
|---------------|

| |
|-------------------------|
| 3º Beneficiario: |
|-------------------------|

| |
|---------------|
| Curso: |
|---------------|

| |
|-------------------------|
| 4º Beneficiario: |
|-------------------------|

| |
|---------------|
| Curso: |
|---------------|

| |
|---|
| Más información en http://apavaldeluzrevista.com/ |
|---|



FE.CA.PA

BOLETÍN DE ADHESIÓN AL SEGURO DE GRUPO

TOMADOR DEL SEGURO: MUTUALIDAD ESCOLAR DE PREVISIÓN DE LA FE.CA.PA.

Datos asegurado 1

| | | |
|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|
| (Nombre) | (Primer Apellido) | (Segundo Apellido) |
| Fecha de nacimiento (d,m,a) | NIF (incluyendo letra) | Fecha de alta en el seguro (d,m,a) |

Datos asegurado 2

| | | |
|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|
| (Nombre) | (Primer Apellido) | (Segundo Apellido) |
| Fecha de nacimiento (d,m,a) | NIF (incluyendo letra) | Fecha de alta en el seguro (d,m,a) |

Datos alumno

| | | |
|------------------------------------|-------------------|--------------------|
| (Nombre) | (Primer Apellido) | (Segundo Apellido) |
| Fecha de nacimiento (d,m,a) | Curso | Colegio |
| Fecha de alta en el seguro (d,m,a) | | |

Declaración de Salud

Asegurado 1

- ¿Ha sido sometido en los últimos tres años, o será sometido próximamente a intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis u otro tratamiento en centros sanitarios con estancia de más de 5 días? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores, enfermedades endocrinas, infecciones VIH como el SIDA y enfermedades asociadas, afecciones de corazón o sistema circulatorio, un accidente cerebrovascular o hipertensión arterial, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, enfermedad pulmonar, hepática, o secuela de cirugía o accidente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene concedida o en trámite una Incapacidad Permanente Absoluta o alguna minusvalía superior al 33%? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le ha sido denegado un seguro de vida o de salud en otras compañías? ☐ Sí ☐ No

Asegurado 1: En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, explique el motivo a continuación:

Declaro que son ciertas las afirmaciones marcadas en el presente apartado -Declaración de Salud:-

Firmado: Asegurado 1

Asegurado 2

- ¿Ha sido sometido en los últimos tres años, o será sometido próximamente a intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis u otro tratamiento en centros sanitarios con estancia de más de 5 días? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores, enfermedades endocrinas, infecciones VIH como el SIDA y enfermedades asociadas, afecciones de corazón o sistema circulatorio, un accidente cerebrovascular o hipertensión arterial, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, enfermedad pulmonar, hepática, o secuela de cirugía o accidente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene concedida o en trámite una Incapacidad Permanente Absoluta o alguna minusvalía superior al 33%? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le ha sido denegado un seguro de vida o de salud en otras compañías? ☐ Sí ☐ No

Asegurado 2: En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, explique el motivo a continuación:

Declaro que son ciertas las afirmaciones marcadas en el presente apartado -Declaración de Salud:-

Firmado: Asegurado 2

Declaro que las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la póliza de Seguro Colectivo. Además de lo manifestado previamente declaro estar en buen estado de salud y que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento de las mismas, eximirá a la FE.CA.PA. de toda obligación de indemnizar.

De conformidad con la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre tratamiento automatizado de datos de carácter personal, el abajo firmante declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automatizadamente, con el fin de suscribir el seguro. Esta información podría ser cedida, en su totalidad o en parte, a instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha con el fraude, así como a otras personas o Entidades por razones de análisis de riesgos, de investigación de siniestros, por razones de coaseguro o de reaseguro. Asimismo, podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al asegurado otros productos o servicios de la misma Entidad o de cualquier otra perteneciente al grupo de empresas.

SELLO Y FIRMA
DEL TOMADOR
DEL SEGURO:

FECHA: / /

FIRMA DEL
ASEGURADO: