

Estimado/a Padre/Madre:

Adjuntamos boletín de adhesión al seguro de CONTINUIDAD DE ESTUDIOS que tiene contratado el colegio por medio de nuestra correduría de seguros SOTOMAYOR Y COMPAÑÍA, con la compañía de seguros HELVETIA.

Es un seguro de adhesión totalmente voluntario, pensado para garantizar los estudios en el colegio hasta el último curso, en caso de Fallecimiento o Invalidez Permanente Absoluta del padre, la madre o el tutor (aquel que figure como asegurado).

El seguro colectivo del Colegio Alemán, cubre las garantías de Fallecimiento o Invalidez Permanente y Absoluta por cualquier causa, y el capital viene determinado por el importe de las cuotas pendientes hasta finalizar el último curso en el colegio desde el curso en el que este el alumno.

Las cuotas son diferentes en función de si ya se ha estado asegurado en el colectivo en el año anterior o se entra de nuevo. Esto viene dado porque en el caso de que en el año anterior en el conjunto de asegurados no se haya registrado ningún siniestro, la compañía nos aplica una devolución de parte de la prima cobrada en el curso/año anterior, y de ahí la diferencia.

Las tarifas para el presente curso 2.020/2.021 son las siguientes:

<b>CURSO 2020 - 2021</b>		
<b>Curso</b>	<b>Sucesivos</b>	<b>Entrada</b>
<b>K1</b>	212,76 €	212,76 €
<b>K2</b>	109,85 €	199,88 €
<b>K3</b>	99,51 €	188,26 €
<b>1</b>	94,91 €	178,30 €
<b>2</b>	90,54 €	169,30 €
<b>3</b>	86,42 €	161,03 €
<b>4</b>	82,13 €	152,91 €
<b>5</b>	75,97 €	142,99 €
<b>6</b>	69,33 €	131,78 €
<b>7</b>	62,80 €	119,82 €
<b>8</b>	54,93 €	106,72 €
<b>9</b>	46,82 €	92,57 €
<b>10</b>	36,11 €	75,33 €
<b>11</b>	24,96 €	56,24 €
<b>12</b>	10,95 €	33,43 €



El Colegio tiene contratado un seguro colectivo que garantiza la CONTINUIDAD DE ESTUDIOS de su hijo/a en el Colegio, en caso de Fallecimiento ó Invalidez Permanente y Absoluta de la persona que costea los mismos.

Con este seguro, garantizamos que su hijo/a puedan seguir realizando sus estudios mientras permanezcan en el Colegio Alemán, en el caso de que ocurra alguna de las eventualidades reseñadas.

Se considera como persona asegurada, es decir la persona sobre la que ha de recaer alguna de las eventualidades descritas anteriormente, a aquella que se indique en el "Boletín de Adhesión" que se adjunta. Esta persona puede modificarse en cualquier momento, previa comunicación al Colegio por escrito.

El costo de este seguro se cobrará una vez al año en recibo aparte del recibo escolar.

Para cualquier aclaración o ampliación sobre este asunto, se puede poner en contacto con nuestra Correduría de Seguros, Sotomayor y Cia. S.L. – Lersundi, 9, 5º, Dto. 7; Tno.: 94-423.44.22 Fax: 94-423.15.52. [caleman@sotomayorycia.com](mailto:caleman@sotomayorycia.com) .

<b>SI</b> (Pasar a Rellenar Boletín de Adhesión)							
DESEO ADHERIRME AL SEGURO COLECTIVO DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS CONTRATADO POR EL COLEGIO ALEMÁN							
<b>Boletín de Adhesión del Seguro de Grupo Colegio Alemán</b>							
Datos del Asegurado:							
Nombre y Apellidos:							
Domicilio:		Población:		C. Postal:			
Fecha de Nacimiento:		Profesión:		E. Civil:			
D.N.I.:		Teléfonos:					
E-Mail							
Domiciliación Bancaria (20 dígitos):							
Nombre del Alumno:						Curso:	
Cuestionario Médico:							
¿Tiene Vd. seguros de Vida en otras Compañías?							
¿Está actualmente en perfecto estado de salud?							
¿Ha sido Vd. rechazado o aplazado por alguna Compañía de Seguros-Vida?							
¿Hizo Vd. el servicio militar?      ¿En qué arma?							
¿Fue Vd. exceptuado?      ¿Por qué motivo?							
¿Ha padecido Vd. o padece enfermedad?      (En caso afirmativo detállese)							
¿Ha sido Vd. herido u operado?      Fecha y motivo							
Si es mujer, ¿está encinta?      ¿En qué mes?							
Nombre de su médico habitual							

Sirviendo la presente propuesta de base para el Contrato, declaro solemnemente que las anteriores declaraciones son exactas y que en la actualidad me encuentro en perfecto estado de salud, sin tara ni enfermedad alguna que pueda agravar el riesgo, aceptando en caso contrario la nulidad del Contrato.

En Bilbao a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma El asegurado,

**(Imprescindible adjuntar copia de DNI del Asegurado)**