



## CURSO ESCOLAR 2021 - 2022

La Asociación de Padres de Alumnos tiene como finalidad fundamental "crear y mantener una colaboración eficaz con el Equipo Directivo del Colegio, los Profesores y los Alumnos", y en consonancia con el Proyecto Educativo del Centro, de clara inspiración cristiana.

## ALTA SOCIO EN LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE ALUMNOS ICM

### ASOCIADO (PADRE, MADRE O TUTOR)

NOMBRE y APELLIDOS

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

CP:

TELÉFONO/S:

CORREO ELECTRÓNICO

### ALUMNOS

NOMBRE Y APELLIDOS

CURSO A REALIZAR

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**CUOTA ANUAL.** Marcar la opción:

1 ALUMNO **90 euros**

2 ALUMNOS **140 euros**

3 o más ALUMNOS **170 euros**

Las cuotas se abonarán únicamente mediante transferencia bancaria al nº de cuenta:

**ES02 0049 3082 3325 1403 0305**

debiendo enviar justificante de la misma junto con esta ficha a: **ampa@icmaria.es**

Junio 2021

Firmado



**CURSO ESCOLAR 2021 - 2022**

**SEGURO ESCOLAR VOLUNTARIO**

Solamente podrá ser contratado por las familias asociadas al AMPA.

Su utilidad es asegurar económicamente la continuidad en el Colegio de los hijos, en el desgraciado caso de fallecimiento o incapacidad total permanente del tomador del seguro.

Las primas por cada alumno variarán en función del curso que vaya a realizar. Puede ser tomador del seguro 1 o más personas (padre, madre y/o tutor); caso de 2 asegurados, el importe será doble.

**ALTA EN EL SEGURO ESCOLAR** (Coste según nº de asegurados, nº de alumnos y su curso escolar)

**PUEDEN ASEGURARSE UNO ( Padre o Madre) o AMBOS (Padre y Madre)**

NOMBRE y APELLIDOS

NIF

1.

2.

**Nombre y Apellidos ALUMNOS**

**CURSO 21-22**

**IMPORTE**

El PAGO DE LA CUOTA DEL SEGURO se realizará únicamente mediante transferencia bancaria al nº de cuenta: **ES02 0049 3082 3325 1403 0305**

debiendo enviar justificante de la misma junto con esta ficha a [ampa@icmaria.es](mailto:ampa@icmaria.es)

Fecha de 2021

Firma

Curso	Prima	Curso	Prima
P3	17.79	6PRI	15.85
P4	17.77	1ESO	14.8
P5	17.76	2ESO	13.7
1PRI	17.73	3ESO	12.21
2PRI	17.55	4ESO	10.00
3PRI	17,3	1BAC	7.95
4PRI	16.81	2BAC	4.94
5PRI	16.29		

# BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO CONTINUIDAD ESCOLAR



Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

**NOMBRE Y APELLIDOS PADRE / TUTOR:**

<b>NIF</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>E. Civil</b>	<b>Profesión</b>
<b>Domicilio</b>		<b>CP</b>		<b>Población</b>

<b>ALUMNOS (nombre y apellidos)</b>	<b>CURSO (21/22)</b>	<b>PRECIO</b>

## Prima alumno / curso

<b>P3</b>	<b>17.79</b>
<b>P4</b>	<b>17.77</b>
<b>P5</b>	<b>17.76</b>
<b>1º PRIM</b>	<b>17.73</b>
<b>2º PRIM</b>	<b>17.55</b>
<b>3º PRIM</b>	<b>17.3</b>
<b>4º PRIM</b>	<b>16.81</b>
<b>5º PRIM</b>	<b>16.29</b>

<b>6º PRIM</b>	<b>15.85</b>
<b>1º ESO</b>	<b>14.8</b>
<b>2º ESO</b>	<b>13.7</b>
<b>3º ESO</b>	<b>12.21</b>
<b>4º ESO</b>	<b>10.00</b>
<b>1º BACH</b>	<b>7.95</b>
<b>2º BACH</b>	<b>4.94</b>

**¿Padece o ha padecido alguna enfermedad grave, lesión o minusvalía física o psíquica?**

**En caso afirmativo indique cuál:**

**¿Ha estado de baja por enfermedad o accidente durante más de 15 días en el último año?**

**Causa:**

*El abajo firmante ratifica ser ciertas y sinceras las contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, y revela expresamente el secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en sus dolencias y le autoriza a revelar al Asegurador los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarle sus servicios. Los datos que se recogen en este impreso son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual. Podrán ser tratados informáticamente con la necesaria discreción, con la finalidad de prestar tanto el aseguramiento como el eventual reparto o cesión del riesgo. Los afectados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en su caso. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

**En Valencia, a**

**de**

**2021**

**El asegurado**