Mutualidad Escolar SEK

Asegure el futuro de sus hijos

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

SEK INTERNATIONAL SCHOOLS

Solicitud de Inscripción

1. DATOS MUTUALISTA

Apellidos y nombre .....

.....

Domicilio .....

Localidad ..... C.P. .....

Provincia ..... Tel. .....

Móvil ..... e-mail .....

Fecha de nacimiento: Día ..... Mes ..... Año .....

DNI..... Profesión .....

.....

2. DATOS CÓNYUGE

Apellidos y nombre .....

.....

Domicilio .....

Localidad ..... C.P. .....

Provincia ..... Tel. .....

Móvil ..... e-mail .....

Fecha de nacimiento: Día ..... Mes ..... Año .....

DNI..... Profesión .....

.....

3. DOMICILIO DE COBRO

Entidad .....

Sucursal ..... Domicilio .....

.....C.P. .....

Localidad ..... Dígito Control .....

Nº de Cuenta .....

4. NIVEL DE PROTECCIÓN

Renta de escolaridad a favor del (los) beneficiario(s) a partir del fallecimiento del mutualista.

5. BENEFICIARIOS

5.1. Apellidos y nombre .....

.....

Curso ..... Centro donde cursa estudios .....

.....

5.2. Apellidos y nombre .....

.....

Curso ..... Centro donde cursa estudios .....

.....

5.3. Apellidos y nombre .....

.....

Curso ..... Centro donde cursa estudios .....

.....

5.4. Apellidos y nombre .....

.....

Curso ..... Centro donde cursa estudios .....

.....

6. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL MUTUALISTA

¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud?

.....

¿Está actualmente dado de alta para el trabajo? .....

¿Qué enfermedades ha padecido? .....

.....

¿Ha sido operado alguna vez? .....

En caso afirmativo, ¿de qué y en qué fecha? .....

.....

.....

6. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL MUTUALISTA (continuación)

¿Ha sufrido algún accidente? ..... En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué consecuencias?

.....

.....

¿Tiene alguna incapacidad física? .....

.....

Indique, por favor, con cifras: Estatura: ..... cm.

Peso: ..... kg.

¿Cuáles son los valores de su tensión arterial?:

Máxima: .....Mínima: .....

El abajo firmante declara que son exactas las contestaciones antes expresadas, y que no ha omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes o dolencia alguna de las consignadas en los apartados precedentes, quedando debidamente impuesto que tales declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo. Asimismo, autoriza a la Mutualidad a someterle a reconocimiento médico si a juicio de la Junta Rectora fuese necesario.

Igualmente, manifiesta que conoce y acepta los Estatutos de la Mutualidad.

Asimismo, autorizo expresamente a Mutualidad Escolar SEK de Previsión Social General a Prima Fija a conservar los datos proporcionados, en sus archivos manuales y/o automatizados, pudiendo someterlos a tratamiento informático, a los meros efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato, el ejercicio de su actividad aseguradora, con fines estadístico-actuariales y de prestación de los servicios garantizados. Lo anterior, en base al consentimiento que usted nos otorga al completar la presenta solicitud. La información suministrada con carácter previo a la presente Solicitud de Inscripción se cancelará en el plazo máximo de 10 días si la solicitud no llegase a presentarse. Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos, así como contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos consultando nuestra **política de privacidad**.

El solicitante podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, reconocidos por el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 27 de abril de 2016 y normativa que lo desarrolle, así como de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y normativa que la desarrolle, solicitándolo mediante escrito dirigido al domicilio social de la Mutualidad (Avenida de la Industria nº 8, Naves 8 y 9; 28108- Alcobendas).

En ....., a ..... de ..... de .....

Firma del solicitante

.....

Aprobada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y registrada con el número 3142/83 Administración: Avda. de la Industria, 8 - Oficina, 3-2º D -28108 ALCOBENDAS (Madrid) Tel.: 91 661 66 50 - Fax: 91 661 86 51

Mutualidad Escolar SEK

Mutualidad Escolar SEK de Previsión Social General a Prima Fija

Avda. de la Industria, 8
Naves 8 y 9
28108 Alcobendas - Madrid
www.sek.es