



FORMULARIO DE SOLICITUD SEGURO MÉDICO

Apellidos	<input type="text"/>		
Nombre	<input type="text"/>		
Nacionalidad	<input type="text"/>	Pasaporte o Seguridad Social	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Edad	<input type="text"/>
		Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Provincia - Estado	<input type="text"/>
País Nacimiento	<input type="text"/>	Teléfono de su País	<input type="text"/>
Universidad de Origen	<input type="text"/>		
Curso en el que está matriculado en el CLM	<input type="text"/>		

SEGURO MÉDICO	Inicio	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Fin	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Total días asegurado	<input type="text"/>	Precio total del seguro <small>(a completar por administración)</small>	<input type="text"/> €

OBSERVACIONES

FIRMA DEL ALUMNO/A

Fecha: ____ de _____ de 20__

Al firmar este documento el cliente reconoce haber leído y estar conforme con la **Normativa General** que rige al CLM, y con el resto de información que se detalla de los cursos y servicios que se ofrecen y conocer el **Plan de Emergencia y Autoprotección**.

En cumplimiento de lo establecido en la LO 15/99, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos que nos facilita mediante este formulario forman parte de los ficheros responsabilidad de Formación y Gestión de Granada SL (CENTRO DE LENGUAS MODERNAS) y que serán tratados con la finalidad de tramitar la solicitud objeto del presente documento. Los datos que nos proporciona serán comunicados a la compañía aseguradora (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros SAU - ASISA) con la cual suscribirá el seguro objeto de su solicitud para la formalización del mismo. La relación contractual se establecerá entre el alumno y la compañía aseguradora, siendo el CENTRO DE LENGUAS MODERNAS sólo un intermediario. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición por escrito junto con fotocopia de documento que acredite su identidad a la dirección del responsable en Placeta del Hospicio Viejo S/N 18009 Granada (ESPAÑA).

ANEXO XIX PCL-09/01