UMAS
MUTUA DE SEGUROS

Santa Engracia, 10-12
28010 Madrid
T: 913 191 010
F: 913 191 939
umas@umas.es

SOLICITUD DE SEGURO PARA ACCIDENTES DE ALUMNOS DE CENTROS DOCENTES E INFANTIL

RENOVACIÓN ☐ NUEVA CONTRATACIÓN ☐

DATOS DEL TOMADOR:

NOMBRE: _____ CIF: _____

DOMICILIO: _____ C. POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

C. BANCARIA: E S ____ - ____ - ____ - ____ - ____

DATOS DEL SEGURO:

FECHA DE INICIO: __/__/__

Nº ASEGURADOS: Nº NIÑOS -6 AÑOS _____ Nº NIÑOS +6 AÑOS _____

SEGURO DE ACCIDENTES PARA ALUMNOS DE 0 A 6 AÑOS: (INFANTIL)

COBERTURAS	CAPITALES
FALLECIMIENTO	3.600 €
INVALIDEZ PERMANENTE	6.000 €
ASISTENCIA SANITARIA	ILIMITADA (MAXIMO 2 AÑOS)
ODONTOLOGIA	1.200 € (MAXIMO 2 AÑOS)
PROTESIS	HASTA 900 € (INCLUIDA COBERTURA GAFAS)

☐ Asegurar todos los alumnos
☐ Asegurar solo alumnos que son voluntarios según listado

INCLUIDAS ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR HASTA 2 DIAS.

3,40 € / ASEGURADO

SEGURO DE ACCIDENTES PARA ALUMNOS + 6 AÑOS: (PRIMARIA, SECUNDARIA Y BACHILLERATO)

COBERTURAS	CAPITALES
FALLECIMIENTO	6.000 €
INVALIDEZ PERMANETE	9.000 €
ASISTENCIA SANITARIA	ILIMITADA (MAXIMO 3 AÑOS)
ODONTOLOGIA	ILIMITADA (MAXIMO 3 AÑOS)
PROTESIS	HASTA 1.500 € (INCLUIDA COBERTURA GAFAS)

☐ Asegurar todos los alumnos
☐ Asegurar solo hasta ___º E.S.O
☐ Asegurar solo alumnos que son voluntarios según listado

INCLUIDAS ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR HASTA 90 DIAS.

8,50 € / ASEGURADO

INDICAR CLINICA HABITUAL A LA QUE SE ASISTE:

NOMBRE: _____ CIF: _____

DOMICILIO: _____ C. POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

_____, _____ DE _____ 20____