

## CURSO FORMATIVO EN SEGUROS, NIVEL 2

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE:		APELLIDOS:	
_____		_____	
D.N.I / PASAPORTE:	TELÉFONO:	POBLACION:	
_____	_____	_____	
DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO			CÓDIGO POSTAL:
_____			_____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:		E-MAIL:	
_____		_____	
TITULACION / ESTUDIOS REALIZADOS			
_____			

TEMARIO MODULOS DE FORMACIÓN
<b>I.</b> Módulo General.
<b>II.</b> Módulo de seguros distintos del seguro de Vida.
<b>III.</b> Módulo de seguros de Vida distintos de los productos de inversión basados en seguros (NO IBIPS).
<b>IV.</b> Módulo de productos de inversión basados en seguros (IBIPS).

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN	
Fotocopia D.N.I. / Pasaporte	_____
Fotocopia Titulación académica	_____

Firma del interesado:

En..... /a..... /de ...../ 20.....

#### Información Básica sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento	FEDERACIÓN DE MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA
Finalidad del tratamiento	Gestionar su solicitud y realizar el control y gestión de los alumnos, la comunicación con los mismos y la gestión y administración propias de la actividad.
Legitimación del tratamiento	Ejecución de un contrato y consentimiento del interesado para recibir comunicados comerciales.
Destinatarios	No se comunicarán sus datos a terceros. Podremos comunicar datos con la Federació Mutualitats de Catalunya. No se realizan transferencias internacionales de datos.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en: la página web: <a href="http://www.federacionmutualidades.com/proteccion-de-datos/">http://www.federacionmutualidades.com/proteccion-de-datos/</a>

Sí  No. Consiente que contacten con Ud. para informarle de los servicios, actividades e información general del sector asegurador por parte de Federación de Mutualidades de Previsión Social de Andalucía así como empresas con las que se mantienen acuerdos de colaboración.

**Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos y finalidades, según las condiciones indicadas, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones.**

#### CONVOCATORIA:

Inscripción y matrícula abierta permanentemente.

#### DURACIÓN:

El curso tiene una duración de 200 horas lectivas.

#### IMPORTANTE:

Para hacer efectiva la matrícula del Curso, debe:

Rellenar este impreso; aportar la documentación solicitada y hacer el ingreso en la siguiente Cta. Bancaria n°: 0075 3255 51 0600013354.

Remitir este impreso junto a la documentación a: Escuela de Formación de la Federación de Mutualidades de P.S., de Andalucía, Dirección: C/ José de la Cámara, Edf. Luis Montoto II, Portal 3, planta 2ª, C.P.: 41018, Sevilla. Teléfono: 954 988 406. Fax: 954 988 409 / 954 988 430.

Correo electrónico: [federacion.mutualidades@federacionmutualidades.org](mailto:federacion.mutualidades@federacionmutualidades.org)



## CURSO FORMATIVO EN SEGUROS, NIVEL 3

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

<b>NOMBRE:</b>		<b>APELLIDOS:</b>	
<b>D.N.I / PASAPORTE:</b>	<b>TELÉFONO:</b>	<b>POBLACION:</b>	
<b>DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO</b>			<b>CÓDIGO POSTAL:</b>
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:</b>		<b>E-MAIL:</b>	
<b>TITULACION / ESTUDIOS REALIZADOS</b>			

TEMARIO MODULOS DE FORMACIÓN
<p><b>I.</b> Módulo General.</p> <p><b>II.</b> Módulo de seguros distintos del seguro de Vida.</p> <p><b>III.</b> Módulo de seguros de Vida distintos de los productos de inversión basados en seguros (NO IBIPS).</p>

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN	
Fotocopia D.N.I. / Pasaporte	
Fotocopia Titulación académica	

Firma del interesado:

En..... /a..... /de ...../ 20.....

#### Información Básica sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento	FEDERACIÓN DE MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL DE ANDALUCÍA
Finalidad del tratamiento	Gestionar su solicitud y realizar el control y gestión de los alumnos, la comunicación con los mismos y la gestión y administración propias de la actividad.
Legitimación del tratamiento	Ejecución de un contrato y consentimiento del interesado para recibir comunicados comerciales.
Destinatarios	No se comunicarán sus datos a terceros. Podremos comunicar datos con la Federació Mutualitats de Catalunya. No se realizan transferencias internacionales de datos.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en: la página web: <a href="http://www.federacionmutualidades.com/proteccion-de-datos/">http://www.federacionmutualidades.com/proteccion-de-datos/</a>

Sí  No. Consiente que contacten con Ud. para informarle de los servicios, actividades e información general del sector asegurador por parte de Federación de Mutualidades de Previsión Social de Andalucía así como empresas con las que se mantienen acuerdos de colaboración.

**Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos y finalidades, según las condiciones indicadas, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones.**

#### CONVOCATORIA:

Inscripción y matrícula abierta permanentemente.

#### DURACIÓN:

El curso tiene una duración de 150 horas lectivas.

#### IMPORTANTE:

Para hacer efectiva la matrícula del Curso, debe:

Rellenar este impreso; aportar la documentación solicitada y hacer el ingreso en la siguiente Cta. Bancaria nº: 0075 3255 51 0600013354.

Remitir este impreso junto a la documentación a: Escuela de Formación de la Federación de Mutualidades de P.S., de Andalucía, Dirección: C/ José de la Cámara, Edf. Luis Montoto II, Portal 3, planta 2ª, C.P.: 41018, Sevilla. Teléfono: 954 988 406. Fax: 954 988 409 / 954 988 430.

Correo electrónico: [federacion.mutualidades@federacionmutualidades.org](mailto:federacion.mutualidades@federacionmutualidades.org)

