

Para contribuir a tu compromiso y tu empeño, ATLANTIS y CCOO quieren obsequiarte con un seguro de accidentes que te protegerá durante tu Actividad Sindical



Por favor, rellena íntegramente el cupón y entrégalo en tu delegación ATLANTIS más cercana. También puedes enviarlo por fax al número 93 496 48 10 o por correo a: ATLANTIS, Apartado de correos 114 - 08080 Barcelona. Los datos que se solicitan y tu firma son imprescindibles para formalizar tu seguro gratuito, por un capital de 6.010 euros y cobertura de muerte por accidente durante tu actividad sindical. La entrada en vigor del mismo será la de la fecha de recepción de la solicitud en nuestras oficinas del boletín debidamente cumplimentado y su vencimiento las 0.00 horas del 01/01/2018. Si has sido candidato/a y no has resultado elegido/a, esta cobertura te será de aplicación siempre que te inscribas y mantengas tu condición de suplente, o pases a formar parte de la Representación Legal de los Trabajadores, por el tiempo legal en que se produzca tal circunstancia y con el límite temporal indicado anteriormente. Si en 30 días no has recibido la documentación del seguro o tienes cualquier duda, llámanos al Teléfono de atención al Afiliado/a: 901 500 400 - 93 496 47 97.

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

NIF: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ Nº _____ PISO: _____ ESC.: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____

TELÉFONO: _____ TEL. MÓVIL: _____ PROFESIÓN: _____

E-MAIL*: _____ BENEFICIARIOS: _____

*(dato imprescindible para el envío del certificado individual de seguro)

DATOS SINDICALES

REPRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA _____ SECTOR _____

FECHA DE ELECCIÓN ____/____/____ TITULAR O SUPLENTE _____

Miembro del Comité de Empresa/Sección Sindical Junta de Personal

Delegado de Personal Delegado Sindical - Ley Orgánica de Libertad Sindical

Candidato no electo

MIEMBRO ELECTO DE LA ORGANIZACIÓN SINDICAL

CONFEDERAL ● Órgano de Dirección _____

TERRITORIO ● Comunidad Autónoma _____

● Provincia / Comarca _____

● Cargo _____

FEDERACIÓN / RAMA DE LA PRODUCCIÓN O LOS SERVICIOS ● Denominación _____

● Ámbito (Estatal, Comunidad Autónoma) _____

● Provincia / Comarca _____

● Cargo _____

SECCIÓN SINDICAL CONSTITUIDA _____

ÓRGANOS DE CONTROL ● Comisión de Garantías _____

● Comisión de Control Administrativo y Financiero _____

● Cargo de Designación _____

66031332-17 Dic2016

Usted consiente expresamente el tratamiento de los datos personales proporcionados voluntariamente a través del presente documento así como durante la vigencia del contrato de seguro, ya se obtengan vía conversaciones telefónicas mantenidas con la Aseguradora (las cuales consisten que puedan ser grabadas), correo electrónico, sms o medios equivalentes, con las siguientes finalidades: garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa de seguros vigente en cada momento - valoración del riesgo y alcance de las coberturas de las distintas pólizas - enviarse las claves personales e intransferibles de acceso que, en su caso, le correspondan para que pueda consultar, a través de cualquier medio que la entidad ponga a su disposición, informaciones de todo tipo relacionadas con los contratos de seguro suscritos con la Aseguradora, incluso los datos bancarios o financieros y, en su caso, los relativos a la salud, o para poder suscribir o modificar productos, cumpliendo los correspondientes requisitos - ofrecerle, a través de cualquier medio (incluso telefónico, correo electrónico, SMS o medio equivalente) ofertas comerciales, servicios y productos de la Aseguradora, de las empresas del Grupo Crédit Mutuel-CIC (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores asegurador, financiero, gran consumo, ocio, telecomunicaciones, tecnología y automoción con las que la Aseguradora concluya acuerdos de colaboración en beneficio de sus asegurados. Asimismo, usted autoriza que sus datos personales puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines de colaboración estadístico-actuarial o para prevención del fraude, así como a las empresas del Grupo Crédit Mutuel-CIC con todas las finalidades antes indicadas. Los datos personales facilitados se incluirán en ficheros que se conservarán de forma confidencial y de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal por AMGEN Seguros Generales Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.U. (Carretera de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 93.318.41.12). Usted autoriza que dichos datos sean conservados por la Aseguradora y por Grupo Crédit Mutuel-CIC aun cuando la póliza no llegue a formalizarse o una vez extinguida la relación contractual. El titular de los datos podrá ejercer sus derechos de acceso, de rectificación, oposición y cancelación, previa identificación, mediante escrito dirigido a la Aseguradora a la dirección postal indicada o a través de lopd@gacm.es. En caso que los datos proporcionados se refieran a personas físicas distintas a Usted, deberá, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los apartados anteriores. Marque esta casilla si no desea que sus datos sean tratados con fines comerciales.

FIRMA: