

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

ATLANTIS
seguros



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 Seguros, 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, y su vencimiento a las 0.00 horas del día en que se cumplan los cuatro años de mandato, siempre contados a partir de la fecha de elección, o en su caso, la fecha de cese en tu actividad sindical, renovación o finalización de tu mandato, si esta fuera anterior, o bien la fecha de expiración de la póliza, de no renovarse ésta. 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 CONSTITUÍDA _____

ÓRGANOS DE CONTROL ● Comisión de Garantías _____
 ● Comisión de Control Administrativo y Financiero _____
 ● Cargo de Designación _____

PUBL061 Dic2014

En cumplimiento de Ley Orgánica 15/1999 de protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico, quedo informado de que los datos personales, que voluntariamente he facilitado, son necesarios para gestionar mi solicitud y serán incorporados a un fichero confidencial del que es responsable ATLANTIS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Por ello, y dado el carácter de datos especialmente protegidos, como lo son los de salud y/o afiliación sindical, otorgo mi consentimiento expreso a la recogida y al tratamiento posterior que se pueda realizar de dichos datos para el fin anteriormente indicado. Asimismo, con la firma del presente documento, autorizo el envío de comunicaciones a través de cualquier medio incluso el e-mail/correo electrónico sobre productos y servicios relacionados con la actividad aseguradora de ATLANTIS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., aun cuando la solicitud no llegue a formalizarse, o una vez extinguido el contrato, así como la cesión de mis datos a las entidades aseguradoras y de mediación del Grupo ATLANTIS (consultables en www.atlantis-seguros.es) para la misma finalidad. De manera particular, autorizo a ATLANTIS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., para que comunique a CCOO mi adhesión a esta póliza colectiva, por ser ello necesario para el mantenimiento y administración de la póliza de seguro colectiva. Finalmente quedo informado de la posibilidad de ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a: Atlantis Seguros, Secretaria General, Ref. Protección de Datos, Aragón, 385, 08013 Barcelona, o bien ejercitar los derechos señalados a través de la dirección de correo electrónico legal@atlantisgrupo.es (acreditando debidamente mi identidad). Marque esta casilla en caso de no querer recibir información comercial . Marque esta casilla en caso de no autorizar la cesión de sus datos a las empresas del Grupo ATLANTIS .

FIRMA: