

Para contribuir a tu compromiso y tu empeño,



y 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 **ASP** más cercana. También puedes **enviarlo por fax al número 91 355 41 29** o por correo a: **ATLANTIS Seguros, Apartado nº 789 F.D. 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 presente solicitud, en nuestras oficinas, y su vencimiento a las 0 h. del 1/1/2011 o, en su caso, la fecha de cese en tu actividad sindical, revocación o finalización de tu mandato, si ésta fuera anterior. 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**.



| NOMBRE: _____ | APELLIDOS: _____
 | NIF: _____ | SEXO: _____ | FECHA DE NACIMIENTO: _____
 | DIRECCIÓN: _____ | Nº _____ | PISO: _____ | ESC.: _____
 | CÓDIGO POSTAL: _____ | POBLACIÓN: _____
 | TELÉFONO: _____ | TEL. MÓVIL: _____ | PROFESIÓN: _____
 | E-MAIL: _____ | BENEFICIARIOS*: _____
 * en caso de no indicar nada, se entenderá que son los herederos legales.

DATOS SINDICALES

REPRESENTACIÓN EN LA EMPRESA

EMPRESA _____ FEDERACIÓN _____
 SECTOR _____ PROVINCIA/COMARCA _____
 Miembro del Comité de Empresa / Sección Sindical Junta de Personal
 Delegado de Personal Delegado Sindical - Ley Orgánica de Libertad Sindical

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 (Estatad, Comunidad Autónoma) _____
 ● Provincia / Comarca _____
 ● Cargo _____
 SECCIÓN SINDICAL CONSTITUÍDA _____

En cumplimiento de la 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 en este cupón necesarios para gestionar el contrato y serán incorporados en los ficheros automatizados y confidenciales de los que son responsables, respectivamente, sus destinatarios: la Correduría ASP y la Aseguradora ATLANTIS, a quienes otorgo mi consentimiento expreso para la recogida y para el tratamiento posterior de dichos datos, así como de aquellos otros que puedan derivar de la gestión del contrato. Asimismo, autorizo a ASP y a ATLANTIS para que puedan asesorarme y remitirme comunicaciones comerciales sobre productos y servicios relacionados con su actividad aseguradora, por cualquier medio, incluido el e-mail u otros soportes electrónicos o telemáticos, aun cuando esta solicitud no llegue a formalizarse, o una vez extinguido el contrato, así como a cederlos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, con fines de colaboración estadístico-actuarial, prevención del fraude y otros legalmente establecidos.

En el caso de haber facilitado a la Entidad Aseguradora datos de otras personas, me comprometo a informar a dichos terceros de la existencia del fichero, de la finalidad de la recogida de los datos y de las cesiones previstas, así como de la posibilidad de oponerse ahora o de ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a ATLANTIS, Secretaría General, Balmes 75, 08007 Barcelona. Por otra parte, manifiesto mi consentimiento y autorizo la comunicación de mis datos a la Confederación Sindical de la Unión General de Trabajadores, con la finalidad de poder certificar que los datos que comunico son ciertos y para aquellas otras que deriven de su condición de Tomador de la póliza.

FIRMA: _____