

Seguro Atlantis Protección Nómina

A cumplimentar por la compañía aseguradora

Fecha de efecto: ___/___/___

Nº de póliza: _____

DATOS DEL TOMADOR Y ASEGURADO

Nombre _____ Apellidos _____

NIF _____ Sexo: H M Fecha nac. _____

Dirección _____

Código postal _____ Población _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____

E-mail _____ Sector de procedencia _____

Profesión _____

Domiciliación bancaria:

IBAN: E S

Elija la opción que desea contratar:

Capital asegurado	Precio final anual ¹
<input type="checkbox"/> Afiliados/as al Sindicato en general	8,90 €
<input type="checkbox"/> Afiliados/as al Sindicato - Cuerpos de seguridad, funcionarios de Prisiones y similares	17,78 €
<input type="checkbox"/> Afiliados/as al Sindicato - Sector Ferroviario	35,57 €

En caso de tener más seguros de suspensión de empleo y sueldo contratados, indique sus referencias:

Compañía Aseguradora	Nº Póliza	Capital Garantizado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Para periodos de contratación inferiores al año, se abonará la prima proporcional al mismo.

NOTAS IMPORTANTES

- Esta solicitud deberá estar debidamente cumplimentada y sellada por el Sindicato para ser admitida. Deberá ser entregada en cualquier delegación ATLANTIS. Además, será preciso que se acompañe siempre de copia del documento nacional de identidad del Tomador.
- La póliza tomará efecto² el ___/___/___ (día/mes/año) y tendrá una carencia³ de 1 mes a contar desde la fecha de efecto. El vencimiento se producirá siempre el día 1 de Enero por lo que el primer recibo corresponderá al periodo comprendido entre la fecha de efecto y el citado vencimiento.
- Requisito para la suscripción del producto: ser afiliado/a al Sindicato, estar al corriente de pago de la cuota sindical y domiciliar el recibo del seguro.
- Deber de comunicar a la Aseguradora la eventual baja de la condición de afiliado al Sindicato.
La circunstancia (riesgo) consistente en ser afiliado/a al Sindicato es requisito para la viabilidad de la presente suscripción, vigencia y prórroga en su caso, del seguro.
De producirse baja en la condición de afiliado del Sindicato, hallándose en vigor la presente póliza, ello deberá ser comunicado de inmediato por el Tomador/ Asegurado a la Aseguradora, dado que dicha circunstancia es decisiva para la perfección del contrato y en las condiciones en las que tiene lugar. De conformidad con los artículos 11 y 12 de la ley de Contrato de Seguro 50/80, en caso de recibir dicha declaración, la Aseguradora procederá en tiempo y forma a la modificación esencial o resolución del contrato de seguro.

En el caso de que no se hubiere efectuado dicha declaración y sobreviniere un siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su prestación.

¹ Oferta para personas asociadas a colectivos vinculados a Atlantis.

² La fecha de efecto no podrá ser anterior a la fecha de cumplimentación y firma de esta Solicitud

³ La carencia no será de aplicación cuando el contrato se emita en sustitución de otro seguro que cubra el mismo riesgo. Cuando dicho seguro no estuviera contratado a través de Atlantis, el Asegurado deberá acreditar su existencia si se produjera un siniestro durante el citado plazo de carencia.

El Tomador 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 consiente 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 - enviarle 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, el Tomador 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). El Tomador 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 lodp@gacm.es. En caso que los datos proporcionados se refieran a personas físicas distintas al Tomador, éste 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.

En....., a..... de..... de.....

El Sindicato

El Solicitante

INFORMACIÓN DE PRODUCTO

Extracto informativo de Coberturas⁴:

- Subsidio compensatorio de la retribución neta dejada de percibir por la imposición de una sanción temporal de empleo y sueldo por actos involuntarios producidos en el ejercicio de su actividad laboral o funcional y en el horario o jornada de trabajo. En el caso que la Aseguradora hubiera abonado la prestación de subsidio y, finalmente, la sanción impuesta quedara sin efecto, el Asegurado se compromete a la devolución de las cantidades percibidas.
- Defensa jurídica de la responsabilidad penal del asegurado en los procesos judiciales que se le sigan a consecuencia de hechos producidos durante y con motivo del desempeño de su actividad funcional o laboral, así como la constitución de fianzas criminales que pudieran serle requeridas.
- Reclamación a terceros responsables identificables, de forma amistosa o judicial, de las indemnizaciones que pudieran corresponder al Asegurado, por los daños corporales sufridos en su persona, por actuaciones imprudentes o dolosas del tercero, que hubieren tenido lugar en el desempeño de la actividad laboral o funcional del Asegurado.
- Asesoramiento jurídico telefónico sobre cualquier consulta efectuada en materia laboral ordinaria, circunscrita a la legislación española.

La Aseguradora se reserva el derecho de repetición frente al Tomador/Asegurado en aquellos casos en los que una resolución judicial firme declare los hechos como dolosos o intencionados.

Límites indemnizatorios por asegurado y siniestro:

Subsidio temporal de empleo y sueldo: 2.400€/mes con un límite por siniestro de:	24.000€
Defensa de la responsabilidad penal y constitución de fianzas:	3.000€
Reclamación por daños corporales:	3.000€
Asesoramiento jurídico telefónico:	Ilimitado

⁴ Los términos de este extracto informativo quedan sujetos a lo dispuesto en la Póliza de seguro, donde consta la regulación completa del contrato y las exclusiones que son de aplicación.

Referencia de la orden de domiciliación Mandate reference	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identificador 1 del acreedor (recibos) Creditor Identifier 1 (Accounts)	<input type="text" value="ES"/>	<input type="text" value="80"/>	<input type="text" value="020"/>
	<input type="text" value="A59575365"/>		

Nombre del acreedor Creditor's name	<input type="text" value="AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal."/>		
Dirección del acreedor Creditor's address	<input type="text" value="Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès"/>	<input type="text" value="España"/>	

Nombre del deudor/es (Titular de la cuenta de cargo) Debtor's name	<input type="text"/>		
Dirección del deudor Debtor's address	<input type="text"/>		
CP	Población	Provincia	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Swift BIC (puede contener 8/11 posiciones) Swift BIC (up to 8 or 11 characters)	<input type="text"/>		
Número de cuenta - IBAN Account number - IBAN	<input type="text" value="E"/>	<input type="text" value="S"/>	<input type="text"/>
Tipo de pago / Type of payment	<input type="checkbox"/> Pago recurrente / Recurrent payment	<input type="radio"/> Or	<input type="checkbox"/> Pago único / One-off payment

Mediante el presente documento o en comunicación posterior por medio que acredite su consentimiento expreso el deudor da su consentimiento, de forma expresa, a fin de autorizar al acreedor y a su entidad financiera, a enviar a la cuenta del deudor, los adeudos y abonos derivados de todas las obligaciones y derechos económicos, de las relaciones mantenidas con el acreedor, siguiendo las instrucciones de este último. El deudor puede obtener información desglosada sobre sus adeudos y abonos bancarios en su entidad aseguradora, AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, teléfono 934 826 600).

Through this document or further communication by stating their explicit consent the debtor expressly consents to authorize the creditor and its financial institution to send to the debtor's account the debits and credits resulting from all the obligations and economic rights from the contacts with the creditor, in accordance with the directions of the latter. The debtor can get detailed information on its bank debits through its insurance company, AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal. (Carretera Rubí, 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, Phone number 934 826 600).

Fecha / Date	<input type="text"/>	Firma del deudor Debtor's Signature	<input type="text"/>
Localidad / Location	<input type="text"/>		

Los datos personales expresados en esta orden de domiciliación bancaria se proporcionan por el interesado de forma totalmente voluntaria, siendo necesarios para el mantenimiento y el cumplimiento de las relaciones mantenidas con AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal. Estos datos se incluirán en ficheros que se conservarán de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y en especial en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, por AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112), autorizándose de forma expresa que puedan ser recabados y tratados por la misma. El solicitante podrá dirigirse a la entidad para pedir su consulta y actualización, o ejercer sus derechos de rectificación, oposición o cancelación, si así lo desea. Esta orden de domiciliación será custodiada por el Acreedor.

Personal information expressed in this direct form is provided totally voluntarily by the applicant, being necessary for the maintenance and fulfillment of the contacts with AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal. The data shall be included in files that will be kept confidential and in accordance with the current dispositions in force with respect to personal data protection, and specifically to that of Law 15/1999, of december, by AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal. (Carretera Rubí, 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112), expressly authorizing the company to collect and handle the personal information. If requested by the applicant, he/she may address the company to consult and update the information or exercise the right of rectification, opposition or cancellation. This direct debit form will be guarded by the creditor.

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.