# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

ATLANTIS

CCOO servicios a la ciudadanía

## Solicitud de Seguro de Accidentes para personal del Sector Ferroviario

**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 _____ Beneficiarios _____
(en caso de fallecimiento)

Domiciliación bancaria:

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

| **RIESGOS CUBIERTOS (Ámbito temporal: 24 horas)** *prima total anual 78,57 €* | **Capital asegurado** |
|---|---|
| Fallecimiento..... | 24.100 € |
| Fallecimiento por infarto (considerado como accidente laboral)..... | 24.100 € |
| Incapacidad Permanente (incluida Parcial según baremo ATLANTIS)..... | 30.100 € |
| Incapacidad Temporal: (indemnización diaria)..... | 9,10 € (franquicia 10 días) |

### ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

- **¿Tiene alguna minusvalía, discapacidad, secuela derivada de accidente, enfermedad crónica o se halla usted en situación de Incapacidad Temporal?..... NO ☐ SÍ ☐**

  **En caso afirmativo, indique cuál:** _____

- **¿Tiene usted alguna otra póliza que garantice el riesgo?..... NO ☐ SÍ ☐**

  **En caso afirmativo, indique Entidad:** _____

**NOTA IMPORTANTE**

**Este boletín debe ir debidamente cumplimentado y sellado por el Sindicato para ser admitido. Deberá ser entregado en cualquier delegación ATLANTIS.**

**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 lopd@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 _____

FSC Territorial El solicitante

▲ V.ene2017

Seguro distribuido bajo la marca ATLANTIS y asegurado por AMGEN SEGUROS GENERALES COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. aseguradora perteneciente al Grupo internacional Assurances du Crédit Mutuel, un gran grupo asegurador comprometido con las personas. AMGEN tiene su domicilio social en Carretera de Rubí, 72-74. Edificio Horizon - 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - C.I.F. A59575365 Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Folio 4, Tomo 20.701, Hoja B-11.217, Inscripción 1ª.