

Boletín de adhesión al seguro de accidentes gratuito para afiliados/as por formalización de póliza de IT (Póliza nº 02.051286)

Datos personales del asegurado/a

Nombre:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
DNI/CIF:	<input type="text"/>	Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono Móvil:	<input type="text"/>	Nacionalidad:	<input type="text"/>					
E-mail:	<input type="text"/>									
Dirección:	<input type="text"/>									
Código postal:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>	(España)						

- Usted acepta que para beneficiarse de esta cobertura será preciso mantener su condición de afiliado/a a CCOO durante la vigencia de la póliza, así como estar interesado en recibir información sobre las ventajas, ofertas y promociones que el Grupo Atlantis ofrece a los afiliados de CCOO.

Todos los campos son obligatorios salvo el teléfono en que es suficiente con uno de los dos.

Coberturas y periodos

Capital asegurado para el caso de fallecimiento por accidente: 1.000€.

Duración del seguro de accidentes: desde la fecha de formalización de la póliza de Incapacidad Temporal y hasta el 01.01.15.

Periodo de contratación: hasta el 31.12.2013. La baja de su condición de afiliado y/o de asegurado de la póliza de seguro de Incapacidad Temporal provoca la baja de su condición de asegurado de esta nueva póliza colectiva. Tras la tramitación por parte de ATLANTIS de este Boletín de adhesión, recibirá el certificado individual de seguro en su cuenta de correo electrónico.

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, Secretaría General, Ref: Protección de Datos, Aragó, 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 del Asegurado: