

**SOLICITUD DE SEGURO**

Teléfono de atención: 901 500 400 / 93 496 47 97

DATOS DEL TOMADOR Y ASEGURADO	
Nombre:	<input type="text"/>
Apellidos:	<input type="text"/>
NIF/CIF:	<input type="text"/>
Sexo:	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>
CP:	<input type="text"/>
Población:	<input type="text"/>
Nacionalidad:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Sector de procedencia:	<input type="text"/>
Profesión:	<input type="text"/>
DATOS DEL RIESGO Y DOMICILIACIÓN BANCARIA	
<b>Elija la situación que corresponda:</b>	
<input type="checkbox"/> Afiliados/as al Sindicato en general	Precio final <sup>1</sup> 13,26 €
<input type="checkbox"/> Afiliados/as al Sindicato - Cuerpos de seguridad, funcionarios de Prisiones y similares	15,92 €
<input type="checkbox"/> Afiliados/as al Sindicato - Sector Ferroviario	15,92 €
En caso de tener más seguros de suspensión de empleo y sueldo contratados, indique sus referencias:	
Compañía Aseguradora	Nº Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capital Garantizado	<input type="text"/>
Para periodos de contratación inferiores al año, se abonará la prima proporcional al mismo.	
Domiciliación bancaria (20 dígitos):	<input type="text"/>
NOTAS IMPORTANTES	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Esta solicitud deberá estar debidamente cumplimentada y sellada por el Sindicato para ser admitida. Además, será preciso que se acompañe siempre de copia del documento nacional de identidad del Tomador.</b></li> <li>La póliza tomará efecto<sup>2</sup> el ___/___/___ (día/mes/año) y tendrá una carencia<sup>3</sup> 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.</li> <li><b>Requisito para la suscripción del producto:</b> ser afiliado/a al Sindicato, estar al corriente de pago de la cuota sindical y domiciliar el recibo del seguro.</li> <li><b>Deber de comunicar a Atlantis Seguros la eventual baja de la condición de afiliado al Sindicato.</b> 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 entidad Atlantis Seguros, 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, Atlantis Seguros procederá en tiempo y forma a la modificación esencial o resolución del contrato de seguro.</li> </ul> <p><b>En el caso de que no se hubiere efectuado dicha declaración y sobreviniere un siniestro, Atlantis Seguros quedará liberada de su prestación.</b></p>	

<sup>1</sup> Oferta para personas asociadas a colectivos vinculados a Atlantis.<sup>2</sup> La fecha de efecto no podrá ser anterior a la fecha de cumplimentación y firma de esta Solicitud<sup>3</sup> 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 en Atlantis, el Asegurado deberá acreditar su existencia si se produjera un siniestro durante el citado plazo de carencia.

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](http://www.atlantis-seguros.es)) para la misma finalidad.

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](mailto: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.

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

El Sindicato

El Solicitante

## INFORMACIÓN DE PRODUCTO

### Extracto informativo de Coberturas<sup>4</sup>:

- 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 Atlantis 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 dolosa 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.

Atlantis 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

<sup>4</sup> 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.