SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

ESPECIALMENTE DISEÑADO PARA FUNCIONARIOS DE PRISIONES DE FeSP - UGT

Objeto del Seguro

- ACCIDENTES: Garantizar las indemnizaciones previstas para compensar los riesgos cubiertos en caso de siniestro.

1. RIESGOS CUBIERTOS:

   Cobertura 24 Horas (profesional y extraprofesional)

   Muerte por Accidente..... ……**36.000 €**

   Gran invalidez..... **72.000 €**

   Incapacidad Permanente Absoluta **72.000 €**

   Incapacidad Temporal..... **18 €/ día**

PRIMAS

Accidentes sin Franquicias..... 61.50 €

ANTECEDENTES

¿El asegurado ha padecido o padece defecto físico o enfermedad de carácter grave? .....
En caso afirmativo, indicar cual .....
¿El asegurado se halla en situación de Incapacidad Transitoria? ....
¿Tiene alguna otra póliza que garantice el riesgo? .....
En caso afirmativo, indicar Entidad .....

Asegurados

Toma de efectos

La póliza entra en vigor a partir del primer día de Mayo y su vencimiento se producirá, con independencia de la fecha en que se suscriba, el día 30 de Abril, prorrogándose por años.

Pasos a seguir

El importe de prima se abonará mediante recibo domiciliado en la cuenta que nos deberá facilitar en el Boletín de Adhesión que se incluye al pie del presente folleto.

OTROS DATOS DE INTERÉS

La incorporación al seguro se hará efectiva el mismo día que se realice el cargo en la cuenta del importe de prima correspondiente. En cualquier caso, siempre finalizará al vencimiento de la póliza, el 30 de Abril de cada año, prorrogándose por años salvo comunicación por escrito con un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento.

Atlantis Correduría de Seguros de UGT, procederá a enviar el documento acreditativo de la incorporación a esta póliza en el momento en que disponga de la confirmación del cargo en cuenta y en un plazo no inferior a un mes.

GENERALI Seguros

Enviar el Boletín de adhesión a: ATLANTIS, Correduría de Seguros y Consultoría Actuarial S.A.
C/López de Hoyos 145, 2ª planta 28002 MADRID, al fax: 91 515 06 68 o al e-mail: correduria@atlantisgrupo.es

Nombre……Apellidos:……
Domicilio Particular ……..nº……piso …….letra …….
C.P……Localidad ……Provincia ……..
Teléfono …… NIF …….…….. Beneficiarios……
Fecha de Nacimiento…….. (En el supuesto de no indicar = Herederos Legales)
E-mail ……
CODIGO CUENTA CLIENTE
IBAN Entidad Oficina DC Nº. Cuenta Firma del titular
ES ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha ……..

"De acuerdo con la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos recogidos serán incorporados a un fichero propiedad de Atlantis Grupo con la finalidad de formalizar el servicio ofertado. Queda igualmente informado de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que le asisten, y que podrá ejercitar mediante escrito dirigido a Atlantis Correduría de Seguros y Consultoría Actuarial S.A., a la atención del Responsable de Seguridad, Calle López de Hoyos 145, 2ª Planta, 28002 MADRID"