

FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

Solicitud de ayuda temporal

SOLICITANTE:

Nombre y apellidos _____

Es cliente del Grupo ACM Sí NO

Núm. cliente Agrupació _____ Núm. cliente Atlantis _____

Núm. cliente GACM SEGUROS GENERALES _____ Fecha nacimiento _____

Dirección _____

Población _____ C.P. _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Estado civil _____ Su antigüedad es superior a 1 año? Sí NO

Delegación u oficina a la que está vinculado _____

SITUACIÓN LABORAL

¿Cuenta con algún trabajo remunerado? Sí NO

¿En qué consiste? _____

Si se trata de un trabajo temporal, indique qué periodo comprende _____

Ingresos anuales que representan _____ euros

En caso de no disponer de trabajo, indique actividad realizada últimamente _____

¿Percibe algún subsidio? Sí NO ¿De qué clase? _____

Indique el periodo subsidiado _____

Importe mensual del subsidio _____ euros

CÓNYUGE

Nombre y apellidos _____

Es cliente del Grupo ACM Sí NO

Núm. cliente Agrupació y/o Atlantis y/o GACM SEGUROS GENERALES _____

Fecha nacimiento _____

SITUACIÓN LABORAL

¿Cuenta con algún trabajo remunerado? Sí NO

¿En qué consiste? _____

Si se trata de un trabajo temporal, indique qué periodo comprende _____

Ingresos anuales que representan _____ euros

¿Percibe algún subsidio? Sí NO

¿De qué clase? _____

Indique el periodo subsidiado _____

Importe mensual del subsidio _____ euros

OTRA SITUACIÓN ECONÓMICA

En caso de que la unidad familiar del solicitante no cuente con ingresos económicos por trabajo remunerado, ni subsidios, ni de otros, será necesario indicar los medios con que cuentan para poder subsistir (ahorros, ayudas de familiares, etc).

NÚMERO DE HIJOS QUE CONVIVEN A LA UNIDAD FAMILIAR

1 Nombre _____ Fecha nacimiento _____

Es cliente del Grupo ACM Sí NO

¿Trabaja? Sí NO

Si trabaja indique los ingresos anuales _____ euros

2 Nombre _____ Fecha nacimiento _____

Es cliente del Grupo ACM Sí NO

¿Trabaja? Sí NO

Si trabaja indique los ingresos anuales _____ euros

ASCENDIENTES U OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN EN LA UNIDAD FAMILIAR

Nombre y apellidos _____

Es cliente del Grupo ACM Sí NO

Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el solicitante _____

¿Cuenta con ingresos anuales? Sí NO

¿De qué clase? _____ Ingresos anuales _____ euros

VIVIENDA HABITUAL

¿Es de propiedad? Sí NO ¿Quién es el titular? _____

Si es de alquiler, indicar importe mensual _____ euros

OTRAS VIVIENDAS O BIENES INMUEBLES (urbanos o rústicos, excluido el suelo no edificado)

Tipo de vivienda (casa, piso, apartamento, garaje, etc.)

¿Es de propiedad? Sí NO Quién es el titular _____

¿Está arrendado? Sí NO

Si está arrendado, indicar importe mensual _____ euros

Situación: calle _____ Población _____

OTRAS VIVIENDAS O BIENES INMUEBLES (urbanos o rústicos, excluido el suelo no edificado)

Tipo de vivienda (casa, piso, apartamento, garaje, etc.)

¿Es de propiedad? Sí NO Quién es el titular _____

¿Está arrendado? Sí NO

Si está arrendado, indicar importe mensual _____ euros

Situación: calle _____ Población _____

ESTADO DE SALUD

¿Algún miembro de la unidad familiar padece alguna enfermedad o incapacidad?

Sí NO

Indique persona e incapacidad _____

OBSERVACIONES QUE FORMULA EL SOLICITANTE: (Indique aspectos que considere relevantes)

OBSERVACIONES QUE FORMULA LA DELEGACIÓN (Sólo si son de Atlantis)

Esta solicitud irá acompañada de toda la documentación detallada en las bases del Fondo. La no presentación de esta documentación, será motivo para desestimar la solicitud.

El cliente solicitante declara que los datos especificados en este documento son ciertos y que es conocedor de la normativa que rige la concesión de las ayudas del Fondo.

Leída, acepto la cláusula de protección de datos y de confidencialidad.

Fecha _____ Signatura del solicitante _____

Cláusula de Protección de Datos y de Confidencialidad

La Sociedad Aseguradora es la responsable del tratamiento de los datos facilitados por el solicitante, voluntariamente, a través del presente formulario de solicitud de ayuda económica al Fondo de Solidaridad.

El denunciante autoriza a la Sociedad para el tratamiento de dichos datos personales con la finalidad de tramitar y resolver la solicitud de ayuda económica. Todos los datos serán tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas de las indicadas, salvo que ello sea estrictamente necesario en cumplimiento de la normativa vigente.

La Sociedad asume la responsabilidad en la adopción de medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico.

El solicitante podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de la Sociedad en Ctra. de Rubí, 72-74. Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona), o bien a través del correo electrónico lopd@gacm.es bajo la referencia "LOPD –Fondo de Solidaridad".

El solicitante responderá, en cualquier caso, de la veracidad de los datos facilitados, reservándose la Sociedad el derecho a rechazar las solicitudes con fundamento falso, sin perjuicio de las demás acciones que procedan en Derecho.