

SEGURO COLECTIVO DE DEFENSA PENAL CON PERDIDA DE EMPLEO Y SUELDO POR SANCION ADMINISTRATIVA ESPECIALMENTE DISEÑADO PARA FUNCIONARIOS AFILIADOS A FSP - UGT

Objeto del Seguro

- DEFENSA PENAL CON PERDIDA DE EMPLEO Y SUELDO POR SANCION ADMINISTRATIVA

1. RIESGOS CUBIERTOS

Defensa Penal Profesional. **4.507,59 €**

Reclamación daños corporales. **4.507,59 €**

Pérdida de Empleo y sueldo. **60,10 €/día máximo un año.**

Límite por anualidad para el conjunto de asegurados: **300.000,00 €**

Asegurados

Los trabajadores que presten sus servicios para la Administración Pública en calidad de funcionario, contratado laboral o estatutario, **que suscriban el seguro** y que estén afiliados al colectivo de la FSP - UGT con fecha anterior a la ocurrencia del hecho de cobertura.

Toma de efectos

La póliza entra en vigor a partir del primer día de Junio y su vencimiento se producirá, con independencia de la fecha en que se suscriba, el día 31 de Mayo del año en curso, prorrogándose por años.

Pasos a seguir

El importe, 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 31 de mayo del año en curso, prorrogándose por años salvo comunicación por escrito con un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento.

ASP, 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.

Por tratarse de una póliza colectiva, la FSP-UGT tendrá una copia de la misma a efectos informativos, de modo que el asegurado podrá solicitar un duplicado.

Prima anual: 11,00 €

Enviar el Boletín de adhesión a: **ASP, Correduría de Seguros, S.A.**
C/ Nuestra Señora de Guadalupe, 19 28028 MADRID o al fax 91 3554129

Nombre:.....

Apellidos:.....

Domicilio particular:nº.....piso.....letra.....

CP :..... Localidad:..... Provincia:.....

Teléfono:..... NIF:

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

Firma del titular de la cuenta

Entidad	Oficina	DC	Nº de Cta.

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 ASP Seguros 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 ASP Seguros, a la atención del Responsable de Seguridad, c/ Nuestra Señora de Guadalupe, 19 Bajo, 28028 Madrid “