



**elkarkidetza®**  
pentsioak

SEKIORE  
PUBLIKOKO  
LANGILEEN IZAKO  
PENTSIONEN  
SISTEMA  
OSAGARRIA

SISTEMA  
COMPLEMENTARIO  
DE PENSIONES  
PARA EMPLEADOS  
DEL SECTOR  
PÚBLICO

**ARABA**  
RAMÓN Y CAJAL 7 y 9  
01007 VIITORJA GASTIJA  
TEL.: 945 14 11 41  
FAX: 945 13 32 85

**BIZKAIA**  
GARDOQUI 2 BAJO  
48008 BILBAO-BILBO  
TEL.: 94 415 55 78  
FAX: 94 479 10 22

**GIPUZKOA**  
MENDIURRIN PLAZA, 6  
20006 DONOSTIA SAN SEBASTIÁN  
TEL.: 943 43 02 56  
FAX: 943 43 02 57

[www.elkarkidetza.net](http://www.elkarkidetza.net)

## ATXIKITZE BULETINA BOLETÍN DE ADHESIÓN

### IDENTIFIKAZIO-DATUAK:

#### DATOS IDENTIFICATIVOS:

NAN EDO PASAPORTEA:  
DNI O PASAPORTE: \_\_\_\_\_

LEHEN DEITURA:  
PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_

BIGARREN DEITURA:  
SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

IZENA:  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

JAIOTEGUNA:  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SEXUA:  
SEXO:  1 GIZONA HOMBRE  2 EMAKUMEA MUJER

EGOERA ZIBILA:  
ESTADO CIVIL:

1 EZKONGABEA SOLTERO/A  2 EZKONDUA CASADO/A  3 ALARGUNA VIUDO/A  4 DIBORTZIATUA DIVORCIADO/A  5 BEREIZIA SEPARADO/A  6 BIZIKIDEA CONVIVIENTE

### HELBIDEA: DOMICILIO:

KALEA:  
CALLE: \_\_\_\_\_ Zk: \_\_\_\_\_ SOLAIRUA:  
PISO: \_\_\_\_\_

HERRIA:  
POBLACIÓN: \_\_\_\_\_

LURRALDE HISTORIKOA/PROBINTZIA:  
TERRITORIO HISTÓRICO/PROVINCIA: \_\_\_\_\_ POSTA KODEA:  
CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO FINKOA:  
TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ TELEFONO MUGIKORRA:  
TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

POSTA ELEKTRONIKOA:  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### EZKONTIDEA EDO BIZIKIDEA CÓNYUGE O CONVIVIENTE\*

NAN EDO PASAPORTEA DNI O PASAPORTE	LEHEN DEITURA PRIMER APELLIDO	BIGARREN DEITURA SEGUNDO APELLIDO	IZENA NOMBRE	SEXUA SEXO	JAIOTEGUNA NACIMIENTO

\* Eskatzailea ezkongabe edo dibortziatuta dagoenean bakarrik izendatu ahal izango da bizikidea, eta Erakundeari edozein unetan jakinaraziz aldatu ahal izango da, estalitako gertakizuna sortu aurretik.

\* La designación de conviviente sólo podrá hacerse cuando el solicitante esté soltero o divorciado y podrá modificarse comunicándose a la Entidad en cualquier momento antes de la contingencia cubierta.

### SEME/ALABAK HIJOS/AS

NAN EDO PASAPORTEA DNI O PASAPORTE	LEHEN DEITURA PRIMER APELLIDO	BIGARREN DEITURA SEGUNDO APELLIDO	IZENA NOMBRE	SEXUA SEXO	JAIOTEGUNA NACIMIENTO



elkarkidetzaz

**LANEKO DATUAK:**

**DATOS LABORALES:**

ERAKUNDEA:  
INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTUA:  
DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

SAILKAPEN TALDEA:  A1  A2  C1  C2  ELKARTE PROFESIONALAK  
GRUPO DE CLASIFICACIÓN: AGRUPACIONES PROFESIONALES

%100 DEDIKAZIOA:  
DEDICACIÓN 100%:  BESTERIK (ZEHAZTU):  
OTRA (INDICAR): \_\_\_\_\_

BA AL DUZU, GAUR EGUN, GIZARTE SEGURANTZAK EDO ANTZEKO SISTEMAREN BATEK AITORTUTAKO EZINTASUN IRAUNKOR PRESTAZIORIK?  
¿TIENE VD. RECONOCIDA EN ESTE MOMENTO UNA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE POR LA SEGURIDAD SOCIAL O SISTEMA SIMILAR?  Bai/Si  Ez/No

Buletin hau sinatzean, eskatzaileak, berariaz adierazten du bazkide oso moduan atxiki nahi duela Elkarkidetzaz Borondatezko Gizarte Aurreikuspeneko Erakundera. Horretarako, Elkarkidetzazko Estatutuak eta Araudia ezagutzen dituela adierazten du. Era berean Erakundearen printzipio gidariak eta indarreko legeriaren arabera, beti ezarri beharreko unean uneko gainerako xedapenak bete-betean errespetatu eta betetzeko konpromisoa hartzen du.

Eskatzaileak badaki datu pertsonal hauek fitxero automatizatuetan sartu eta datu pertsonalen trataera automatizatuko Lege Organikoan xedatutakoaren arabera isilpean gordeko dituela Elkarkidetzaz, eta Erakundera jo ahal izango duela hauek begiratu, eguneratu, zuzendu edo baliogabetu nahi izanez gero.

Onartu egiten du NANren zenbakia Aseguru-etxeei lagatzea, Erakunde bazkideei aseguruak kontratatzerakoan baldintza hobeak ezarri ahal izateko eta bazkide-izaera egiaztatuz ahal izateko. Onartuko ez balu, Erakundeari eskaera eginez adieraz dezake ezezkoa.

Dokumentu hau, bete ondoren, Erakundearen Pertsonal Departamentuan utzi behar da.

Informazio gehiago jasotzeko, Elkarkidetzazaren bulegoetara hurbildu.

*Mediante la firma del presente boletín, manifiesta expresamente su voluntad de adherirse, como socio de número a Elkarkidetzaz Entidad de Previsión Social Voluntaria. A tal efecto, declara conocer sus Estatutos y Reglamento. Comprometiéndose al total respeto y cumplimiento de los principios rectores de esta Entidad y demás disposiciones que en cada momento pudieran resultar de aplicación siempre, de conformidad con la legislación vigente.*

*El solicitante conoce que los datos personales se incluirán en ficheros automatizados que se conservarán, de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica del tratamiento automatizado de datos personales, por Elkarkidetzaz, pudiendo dirigirse a la Entidad para pedir su consulta, actualización, rectificación o cancelación, si así lo desea.*

*Consiente expresamente la cesión de su número de D.N.I. a Entidades Aseguradoras, a los solos y exclusivos efectos de aplicar mejores condiciones para la contratación de seguros, y con el fin de comprobar su condición de socio. En caso de no consentir puede manifestar su negativa solicitándolo a la Entidad.*

*Este documento, una vez cumplimentado, deberá entregarse en el Dpto. de Personal de la Institución.*

*Para más información dirigirse a las oficinas de Elkarkidetzaz.*

DATA: \_\_\_\_\_ SINADURA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_