

ANEXO AL DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN POR EL CUAL SE EJERCITA LA OPCIÓN PARA LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

1. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA							
DOMICILIO (indique C/, Av/, Plaza...)			NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO			
MAIL				CIF/NIF:			

Solicita de la Mutua la asociación a la misma, a efectos de la Prestación Económica de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos detallados a continuación:

2. CÓDIGOS CUENTA COTIZACIÓN

C.C.C.	RÉGIMEN	FECHA DE ALTA	IT CC S/N	CNAE	T.R.L

Todos los códigos cuenta cotización de la empresa

- Fecha de entrada en vigor de la cobertura:de de
- VENCIMIENTO DE ESTA COBERTURA: El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes de Trabajo

2. OPCIÓN EJERCITADA

- Prestación económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes

3. INFORME EMITIDO POR EL COMITÉ DE EMPRESA O DELEGADO DE PERSONAL

- No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores.
 Se adjunta.
 Se adjunta copia del escrito de esta Empresa al órgano de representación de los trabajadores.

4. ACEPTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN

La empresa declara conocer los Estatutos de Mutua Balear y las Condiciones generales del Convenio de Asociación, que fija la legislación vigente. Mutua Balear, Entidad colaboradora con la Seguridad Social N°183, admite la solicitud y asume la cobertura de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Empresa, desde las cero horas de la fecha de efecto.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA ASOCIADA,

FIRMADO POR: _____

DNI: _____

En calidad de: _____



Mutua Balear, Entidad colaboradora con la Seguridad Social N°183

(* Se consignará el nombre, apellidos y D.N.I del representante legal en el supuesto de persona jurídica

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.- De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, se le informa de que los datos personales que se recogen en este formulario serán incorporados a un fichero de MUTUA BALEAR con el fin de colaborar en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal de la contingencia común como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Los interesados podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito acompañado de una copia de su DNI y dirigido a MUTUA BALEAR, entidad colaboradora con la Seguridad Social número 183, c/ Bisbe Campins, 4 de Palma de Mallorca.