

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

1. DATOS DE LA EMPRESA

Fecha de efecto: / /

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:			

La empresa SI NO está autorizada a colaborar en la gestión de la I.T. derivada de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En su caso, fecha de la autorización ____/____/____

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

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 Nº183, 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.

Y en prueba de conformidad ambas partes firman el presente Documento de Proposición de Asociación, empezando sus efectos a las cero horas de la fecha que figura en el encabezamiento como fecha de efectos.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA ASOCIADA,



Mutua Balear, Entidad colaboradora con la Seguridad Social Nº183

FIRMADO POR: _____

DNI: _____

En calidad de: _____

En _____ a _____ de _____ 20__

(* 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 las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales 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.