

Document núm.:

Codi de compte de cotització:

Data d'entrada en vigor de l'associació:

Venciment d'aquesta cobertura *El mateix que el del Document
d'Associació d'Accidents de Treball*

Dades de l'empresa

Nom o raó social

Domicili

Social:

Localitat

Província

C.P.

Laboral:

Localitat

Província

C.P.

C.I.F./N.I.F

Nre. Inicial de treballadors

Telèfon

Fax

Sol·licita de la mútua l'associació amb ella, a l'efecte de la cobertura de la Prestació Econòmica d'incapacitat temporal per Contingències Comunes, i fa constar la veracitat de les dades detallats a continuació.

Dades de l'activitat laboral

Activitat econòmica de l'establiment o indústria objecte de l'associació

Opció exercitada

Prestació econòmica d'incapacitat temporal derivada de contingències comunes:

Prestacions garantides

Subsidi d'incapacitat temporal per malaltia comuna o accident no laboral dels treballadors que prestin els seus serveis en els centres de treball els codis de compte de cotització dels quals es detallen en aquest annex al document de proposició d'associació, en la quantia i amb subjecció a les condicions regulades per a aquesta prestació en el règim de la Seguretat Social en el qual estiguin enquadrats.

Salari regulador

El declarat en les relacions nominals de treballadors segons la normativa aplicable en el règim de la Seguretat Social d'enquadrament.

Document núm.: | | |

Codi de compte de cotització:

Data d'entrada en vigor de l'associació:

Venciment d'aquesta cobertura *El mateix que el del Document d'Associació d'Accidents de Treball*

Informe emès pel Comitè d'Empresa o delegat de personal

- S'adjunta
- No s'adjunta perquè no existeix aquest òrgan de representació dels treballadors
- No s'adjunta per (indiqueu motiu)

Acceptació de l'associació

L'empresa associada declara que coneix els Estatuts de la mútua i les condicions generals del Conveni d'Associació i del seu annex, que accepta íntegrament. FREMAP, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social nº 61, accepta la sol·licitud i assumeix la cobertura de la prestació econòmica d'incapacitat

_____, de _____ de _____
L'empresa _____ La mútua _____

Signat:

Càrrec:



NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓ DE DADES

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar la relació administrativa amb l'empresa associada i col·laborar en la gestió de les contingències que la Mútua té encomanades en virtut de la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal i execució d'un contracte (article 6.1 c) de l'esmentat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació addicional sobre el tractament de les seves dades en www.fremap.es.

Igualment se l'informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).