



mutua gallega

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 201

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

DOCUMENTO Nº:	
CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN:	
CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN PPAL.:	
FECHA DE EFECTO: / /	
CIF/NIF:	
OPCIÓN DE COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

RAZÓN SOCIAL / APELLIDOS, NOMBRE:				
REPRESENTANTE:			NIF:	
DOMICILIO SOCIAL:				
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	C.P.:	TELÉFONO:	
NOMBRE COMERCIAL:				
Nº INICIAL TRABAJADORES:	RÉGIMEN:	DELEGACIÓN:	COLABORADOR:	CLAVE AYTO.:
ACTIVIDAD:			CLAVE MUTUA ANTERIOR:	

La Empresa proponente solicita de MUTUA GALLEGA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, número 201, asociarse para cubrir las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales previstas en el Sistema de la Seguridad Social, respecto a su personal incluido en el ámbito de aplicación de aquel, ello con sujeción a las normas legales vigentes sobre el particular, los Estatutos de la Mutua y las decisiones de sus órganos de gobierno, para cuyo efecto formaliza el presente documento con las siguientes declaraciones:

PREVISIÓN SOBRE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA

CNAE Y OCUPACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS	NÚMERO DE TRABAJADORES	TOTAL SALARIOS MENSUALES	TOTAL RETRIBUCIONES ANUALES

De conformidad con lo previsto en el art. 61.3 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, la Empresa manifiesta que (marque lo que proceda):

Se adjunta informe del Comité de Empresa o delegado de personal.

No se adjunta informe del Comité de Empresa o delegado de personal. Motivo: _____

No hay Comité de Empresa o delegado de personal.

A los efectos oportunos la Empresa hace constar que SI NO (márquese lo que proceda) es colaboradora en la gestión de la incapacidad temporal de contingencias profesionales (En caso afirmativo, la fecha de autorización es la de: ____ / ____ / ____).

La Empresa que suscribe declara que este documento de proposición de asociación constituye la base de la protección que se solicita para los trabajadores de la misma y que asume totalmente la responsabilidad de las declaraciones formuladas en el presente documento.

Por la Mutua, no deduciéndose de los datos declarados el que la Empresa proponente resulte incurso en impedimento que obste la formalización en su momento de la asociación interesada, se acepta la presente proposición.

En _____, a ____ de _____ de _____.

Por Mutua Gallega, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 201

Por la Empresa proponente (firma y sello)



Fdo.: D. JAVIER FLÓREZ ARIAS
DIRECTOR GERENTE

Fdo.: _____

En calidad de: _____

NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS:

A los efectos previstos en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, los datos de carácter personal incluidos en este documento serán incorporados a un fichero automatizado del que es responsable MUTUA GALLEGA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 201, con el fin de colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Respecto de los citados datos, Vd. podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 15/1999, dirigiéndose por escrito a MUTUA GALLEGA, Monte Alfeirán s/n - A Corveira, Vilaboa - 15174 Culleredo (A Coruña).