



Josep Tarradellas, 14-18
08029 Barcelona
Tel. 93.405.12.44
Fax 93.410.90.25

Eranskina. Elkartzeko proposamena: kontingentzia arruntengatiko aldi baterako ezintasunaren prestazio ekonomikoaren estaldura / Anexo al documento de proposición de asociación para la cobertura de la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencias comunes

Elkar. dok./Doc. Asoc.	KKK/ CCC			Erregimena/ Ré gimen	Efektu data/Fecha efecto			Kolab. Kodea/ Código Colaborador	IFK/IFZ / CIF/NIF
	Prob./Prov.	Zk./ Nº	Kodea/Clave		Eguna/ Dia	Hilabetea/Mes	Urtea/ Año		

Enpresaren izen soziala edo 1. abizena, 2. abizena, izena / Razón social de la empresa o 1^{er}. apellido, 2^o apellido, nombre

Helbide soziala / Domicilio social

Bide mota / Tipo Vía	Bidearen izena / Nombre Vía	Zk. / Nº	Blokea / Bloque	Eskailera / Escalera	Pisua / Piso	Atea / Puerta

Helbide soziala / Domicilio social

Herria / Población	Posta-kodea / Código Postal	Probintzia / Provincia

Lantokia / Centro de trabajo

Bide mota / Tipo Vía	Bidearen izena / Nombre Vía	Zk. / Nº	Blokea / Bloque	Eskailera / Escalera	Pisua / Piso	Atea / Puerta

Lantokia / Centro de trabajo

Herria / Población	Posta-kodea / Código Postal	Probintzia / Provincia

Harremanetarako datuak / Datos de contacto

Harremanetarako pertsona / Persona de contacto	telefonoa / teléfono	faxa / fax	E- maila / E/ Mail

Badu langileen ordezkaririk? / ¿Tiene Representante Trabajadores?	Langileen ordezkariaren bostena aurkezte du? / ¿Aporta informe representante trabajadores?
Bai/Sí <input type="checkbox"/> Ez/No <input type="checkbox"/>	Bai/Sí <input type="checkbox"/> Ez/No <input type="checkbox"/>

Baldintzak / Condiciones

- Halaber, Gizarte Segurantzari buruzko Lege Orokorrean ezarritako aurrerapen betebeharrari kalterik egin gabe, elkartzeko dokumentuaren **babesean geratuko dira, soil-soilik**, enpresak Gizarte Segurantzaz alta eginda dituen langileak. / Asimismo, sin perjuicio de la obligación de anticipo prevista en la Ley General de la Seguridad Social, **quedarán cubierto** por el Documento de Asociación **exclusivamente** el personal que la Empresa tenga dado de alta en la Seguridad Social.
- Elkarketak goian adierazitako hasiera dataren 00:00etatik aurrera izango ditu ondorioak. / La asociación tendrá efecto a partir de las cero horas de la fecha efecto arriba indicada

_____(e)n, ____-(e)ko _____-ren _____-(e)an
_____, _____ de _____ de _____

Enpresa elkartua
La empresa asociada

Mutual Midat Cyclops

jaun/Andrea / D./D^a.:
Kargu hau duela / En calidad de:
NAN / DNI:

Oharra: lauki ilunduak Mutual Midat Cyclops-ek bete beharko ditu / Nota: las casillas sombreadas deberá cumplimentarlas Mutual Midat Cyclops