



domicili social/
domicilio social:
Josep Tarradellas, 14-18
08029 Barcelona
Tel. 93.405.12.44
Fax 93.410.90.25

Annex al document de proposició d'associació per a la
cobertura de la prestació econòmica de la Incapacitat Temporal
per Contingències Comunes

Anexo al documento de proposición de asociación para la
cobertura de la prestación económica de la Incapacidad
Temporal por Contingencias Comunes

Doc. Assoc. Doc. Asoc.	CCC			Data efecte Fecha efecto			Codi de gestió Código de gestión	NIF	Idioma
	Prov.	Número	Clau Clave	Dia Día	Mes	Any Año			

Raó social de l'empresa o 1r cognom, 2n cognom, nom/Razón social de la empresa o 1er. apellido, 2º apellido, nombre

En/Na amb DNI subscriu aquest document, en qualitat de

D/Dª con DNI suscribe el presente documento, en calidad de

Domicili social/Domicilio social								
Tipus Via Tipo Via	Nom Via Nombre Via			Núm. Nº	Bloc Bloque	Escala Escalera	Pis Piso	Porta Puerta

Domicili social/Domicilio social		
Població Población	Codi Postal Código Postal	Província Provincia

Centre de treball/Centro de trabajo								
Tipus Via Tipo Via	Nom Via Nombre Via			Núm. Nº	Bloc Bloque	Escala Escalera	Pis Piso	Porta Puerta

Centre de treball/Centro de trabajo		
Població Población	Codi Postal Código Postal	Província Provincia

Nom comercial/Nombre comercial	Activitat de l'empresa/Actividad de la empresa

Dades de contacte/Datos de contacto			
Persona de contacte Persona de contacto	Telèfon Teléfono	Fax	E/ mail.

Té representant dels treballadors? ¿Tiene representante trabajadores?

Aporta informe representant treballadors? ¿Aporta informe representante trabajadores?

Condicions/Condiciones

1. Així mateix, sense perjudici d'allò que disposa l'article 126 de la Llei general de la Seguretat Social quant al pagament de prestacions, **queda cobert** per l'annex al document d'associació, **exclusivament**, el personal que l'empresa tingui donat d'alta a la Seguretat Social. / Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 126 de la Ley general de la Seguridad Social en cuanto al pago de prestaciones, **quedarà cubierto** por el anexo al documento de asociación **exclusivamente** el personal que la empresa tenga dado de alta en la Seguridad Social.
2. L'associació té efecte a partir de les zero hores del dia que s'indica. / La asociación tendrá efecto a partir de las cero horas del día indicado.
3. En cas de disposar de diversos CCC, caldrà adjuntar-ne la relació. / En el caso de disponer de varios CCC deberán adjuntar relación de los mismos.

L'empresa associada / La empresa asociada
(Firma i segell / Firma y sello)

..... de
Mutual Midat Cyclops

Nota: les caselles ombrejadesles ha d'emplenar Mutual Midat Cyclops
las casillas sombreadas deberá cumplimentarlas Mutual Midat Cyclops