



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

Anexo ao documento de proposición de asociación para a cobertura da prestación económica da incapacidade temporal por contingencias comúns / Anexo al documento de proposición de asociación para la cobertura de la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencias comunes

Doc. asoci.	CCC			Régime / Régimen	Data efecto / Fecha efecto			Código colaborador	CIF/NIF
	Prov.	Número	Clave		Día	Mes	Año		

Razón social da empresa ou 1º apelido, 2º apelido, nome / Razón social de la empresa o 1º apellido, 2º apellido, nombre

Domicilio social / Domicilio social									
Tipo vía / Tipo Vía	Nome vía / Nombre Vía				Núm. / Nº	Bloque / Bloque	Escaleira / Escalera	Andar / Piso	Porta / Puerta

Domicilio social / Domicilio social		
Poboación / Población	Código postal / Código Postal	Provincia / Provincia

Centro de trabajo / Centro de trabajo									
Tipo vía / Tipo Vía	Nome vía / Nombre Vía				Núm. / Nº	Bloque / Bloque	Escaleira / Escalera	Andar / Piso	Porta / Puerta

Centro de trabajo / Centro de trabajo		
Poboación / Población	Código postal / Código Postal	Provincia / Provincia

Datos de contacto / Datos de contacto			
Persona de contacto / Persona de contacto	teléfono / teléfono	fax / fax	Correo electrónico / E/ Mail

Ten representante dos traballadores? / ¿Tiene Representante Trabajadores?	
Si / Sí <input type="checkbox"/>	Non / No <input type="checkbox"/>

Achega informe do representante dos traballadores? / ¿Aporta informe Representante Trabajadores?	
Si / Sí <input type="checkbox"/>	Non / No <input type="checkbox"/>

Condicions / Condiciones

- Así mesmo, sen prexuízo da obriga de anticipo previsto na Lei Xeral da Seguridade Social, **quedará cuberto** polo Documento de Asociación **exclusivamente** o persoal que a empresa teña dado de alta na Seguridade Social. / Asimismo, sin perjuicio de la obligación de anticipo prevista en la Ley General de la Seguridad Social, **quedará cubierto** por el Documento de Asociación **exclusivamente** el personal que la Empresa tenga dado de alta en la Seguridad Social.
- A asociación terá efecto a partir das cero horas da data de efecto arriba indicada. / La asociación tendrá efecto a partir de las cero horas de la fecha efecto arriba indicada

_____ de / de _____ de / de _____

A empresa asociada
La empresa asociada

Mutual Midat Cyclops

D./Dª / D./Dª.:
En calidade de / En calidad de:
DNI / DNI:

Nota: os recadros sombreados deberá cubrilos Mutual Midat Cyclops / Nota: las casillas sombreadas deberá cumplimentarlas Mutual Midat Cyclops