

Doc. Asoc.	CCC			Régimen	Fecha efecto			Código Colaborador	CIF/NIF	CCC Principal			Régimen
	Prov.	Número	DC		Día	Mes	Año			Prov.	Número	DC	

Razón social de la empresa o 1<sup>er</sup> apellido, 2<sup>o</sup> apellido, nombre

Domicilio social

Tipo Vía	Nombre Vía	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
----------	------------	----	--------	----------	------	--------

Domicilio social

Población	Código Postal	Provincia
-----------	---------------	-----------

Centro de trabajo (Si hay más de un centro de trabajo ver hoja anexa)

Tipo Vía	Nombre Vía	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
----------	------------	----	--------	----------	------	--------

Centro de trabajo

Población	Código Postal	Provincia
-----------	---------------	-----------

Datos de contacto

Persona de contacto	teléfono	fax	E/ Mail.
---------------------	----------	-----	----------

Nombre y número Mutua anterior	Declara Enf. Profes.	Colabora respecto de las contingencias de AT y EP	Nº de trabajadores	Idioma	¿Tiene Representante trabajadores?	¿Aporta informe Representante trabajadores?
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Actividad principal y ocupaciones y situaciones específicas

CNAE 2009	Descripción actividad económica principal
-----------	---

Ocupación/situación	Tipos aplicables a ocupaciones y situaciones específicas en todas las actividades: Conforme a lo establecido en la Disposición adicional cuarta de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre (BOE de 29), de Presupuestos Generales del Estado para 2007, con los ajustes anuales que prevé su apartado cuatro.	IT	IMS	TOTAL

Barcelona, a ..... de .....

La empresa asociada

Mutual Midat Cyclops

D/Dª  
En calidad de  
DNI

CENTROS DE TRABAJO			
Dirección	CP	Localidad	Teléfono

## Condiciones

- La empresa declara bajo su responsabilidad que los riesgos de **Enfermedad Profesional** detallados en hoja anexa a esta propuesta, son los únicos que se derivan de su actividad.  
  
Caso de existir riesgos de Enfermedad Profesional, detállense en hoja anexa, los números de orden que les correspondan según el vigente Cuadro de Enfermedades Profesionales y los nombres de los trabajadores presuntamente afectados, así como las fechas y los resultados de los reconocimientos previos que se les hayan practicado (Art. 191 de la Ley General de la Seguridad Social).
- De conformidad con lo dispuesto en la Ley General de la Seguridad Social y sus normas de desarrollo en cuanto a las responsabilidades de las prestaciones, la Mutua no protegerá más que las contingencias sobre accidentes de trabajo y enfermedad profesional, en relación con las actividades declaradas, sin perjuicio de su obligación de anticipo.
- 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.
- La asociación tendrá efecto a partir de las cero horas de la fecha efecto indicada en el anverso.
- En el caso de que la empresa colabore voluntariamente en la prestación de IT, deberán aportar fotocopia de la Resolución donde se autoriza a la misma a colaborar en la gestión de la Seguridad Social.