

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

## Anexo al documento de proposición de asociación para la cobertura de la prestación económica de la incapacidad temporal por contingencias comunes

Doc. Asoc.
------------

CCC		
Prov.	Número	Clave

Régimen
---------

Fecha efecto		
Día	Mes	Año

Código Colaborador
--------------------

CIF/NIF
---------

Razón social de la empresa o 1º apellido, 2º apellido, nombre

### Domicilio social

Tipo Vía	Nombre Vía	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta

### Domicilio social

Población	Código Postal	Provincia

### Centro de trabajo

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.

¿Tiene Representante Trabajadores?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Aporta informe Representante trabajadores?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### Condiciones

- 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 arriba indicada.

....., de ..... de .....

La empresa asociada

Mutual Midat Cyclops

D./D<sup>a</sup>:

En calidad de:

DNI: