

Documento nº _____ | _____ | _____

Código de cuenta de Cotización: _____

Fecha de entrada en vigor de la Asociación: _____

Vencimiento de esta cobertura: Años prorrogables _____

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social

Domicilio

Social: _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Laboral: _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

C.I.F./N.I.F _____ Nº Inicial de Trabajadores _____ Teléfono _____ Fax _____

Solicita de la Mutua la Asociación a la misma, a efectos de la cobertura de ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES haciendo constar la veracidad de los datos que a continuación se detallan.

Datos de la Actividad Laboral

Descripción de la actividad de la industria objeto de la asociación:

Convenio Colectivo que se aplica

¿Autoasegura la incapacidad temporal por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional?

En caso afirmativo indicar fecha de Resolución

¿Se realizan trabajos con riesgos de enfermedad profesional?

En su caso ¿Se efectúan reconocimientos periódicos?

¿Algún trabajador tiene declarada enfermedad profesional o incapacidad?

¿Tiene la empresa otros centros de trabajo en alta en la Seguridad Social?

Riesgos a cubrir

Descripción de la actividad objeto de la protección		Trabajadores

Informe emitido por el Comité de Empresa o Delegado de personal

- Se adjunta
- No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores
- No se adjunta por (indicar motivo)

Documento nº _____ | _____ | _____

Código de cuenta de Cotización:

Fecha de entrada en vigor de la Asociación:

Vencimiento de esta cobertura: Años prorrogables

Aceptación de la Asociación

La empresa asociada declara conocer los Estatutos de la Mutua y las Condiciones Generales del Convenio de Asociación, que acepta íntegramente. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, acepta la solicitud y admite la solicitud y asume la cobertura de los riesgos de accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales de la Empresa.

En _____ de _____
La Empresa _____ La Mutua

Fdo.:

Cargo:



NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la relación administrativa con la empresa asociada y colaborar en la gestión de las contingencias que la Mutua tienen encomendadas en virtud de la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal y ejecución de un contrato (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Documento nº | | |

Código de Cuenta de Cotización:

Fecha de entrada en vigor de la Asociación:

Vencimiento de esta cobertura *El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes del Trabajo*

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social

Domicilio

Social:

Localidad

Provincia

C.P.

Laboral:

Localidad

Provincia

C.P.

C.I.F./N.I.F

Nº Inicial de Trabajadores

Teléfono

Fax

Solicita de la Mutua la Asociación a la misma, a efectos de la cobertura de la Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos que a continuación se detallan.

Datos de la Actividad Laboral

Descripción de los trabajos o industria objeto de la asociación

Opción ejercitada

Prestación Económica de Incapacidad Temporal de Contingencias Comunes:

Prestaciones garantizadas

Subsidio de Incapacidad Temporal por enfermedad común o Accidente no laboral de los trabajadores que presten sus servicios en los centros de trabajo cuyos códigos de cuenta de cotización se detallan en el presente Anexo al Documento de Proposición de Asociación, en la cuantía y con sujeción a las condiciones reguladas para dicha prestación en el Régimen de la Seguridad Social en que estén encuadrados.

Salario Regulador

El declarado en las relaciones nominales de trabajadores según normativa aplicable en el régimen de la Seguridad Social de encuadramiento.

Documento nº | | |

Código de Cuenta de Cotización:

Fecha de entrada en vigor de la Asociación:

Vencimiento de esta cobertura *El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes del Trabajo*

Informe emitido por el Comité de Empresa o Delegado de personal

- Se adjunta
- No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores
- No se adjunta por (indicar motivo)

Aceptación de la Asociación

La empresa asociada declara conocer los Estatutos de la Mutua y las Condiciones Generales del Convenio de Asociación, y su Anexo que acepta íntegramente. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, acepta la solicitud y asume la cobertura de prestación económica de Incapacidad Temporal de la Empresa antes citada.

En a deXY

La Empresa

ÁÁa Mutua

Fdo.:

Cargo:

NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la relación administrativa con la empresa asociada y colaborar en la gestión de las contingencias que la Mutua tienen encomendadas en virtud de la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal y ejecución de un contrato (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).



Documento nº _____ | _____ | _____

Código de cuenta de Cotización: _____

Fecha de entrada en vigor de la Asociación: _____

Vencimiento de esta cobertura: Años prorrogables _____

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social _____

Domicilio _____

Social: _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Laboral: _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

C.I.F./N.I.F _____

Nº Inicial de Trabajadores _____

Teléfono _____

Fax _____

Solicita de la Mutua la Asociación a la misma, a efectos de la cobertura de ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES haciendo constar la veracidad de los datos que a continuación se detallan.

Datos de la Actividad Laboral

Descripción de la actividad de la industria objeto de la asociación: _____

Convenio Colectivo que se aplica _____

¿Autoasegura la incapacidad temporal por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional? _____

En caso afirmativo indicar fecha de Resolución _____

¿Se realizan trabajos con riesgos de enfermedad profesional? _____

En su caso ¿Se efectúan reconocimientos periódicos? _____

¿Algún trabajador tiene declarada enfermedad profesional o incapacidad? _____

¿Tiene la empresa otros centros de trabajo en alta en la Seguridad Social? _____

Riesgos a cubrir

Descripción de la actividad objeto de la protección		Trabajadores

Informe emitido por el Comité de Empresa o Delegado de personal

Se adjunta

No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores

No se adjunta por (indicar motivo) _____

Documento nº _____ | _____ | _____

Código de cuenta de Cotización:

Fecha de entrada en vigor de la Asociación:

Vencimiento de esta cobertura: Años prorrogables

Aceptación de la Asociación

La empresa asociada declara conocer los Estatutos de la Mutua y las Condiciones Generales del Convenio de Asociación, que acepta íntegramente. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, acepta la solicitud y admite la solicitud y asume la cobertura de los riesgos de accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales de la Empresa.

En _____ de _____
La Empresa _____ La Mutua

Fdo.:

Cargo:



NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la relación administrativa con la empresa asociada y colaborar en la gestión de las contingencias que la Mutua tienen encomendadas en virtud de la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal y ejecución de un contrato (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Documento nº | | |
Código de Cuenta de Cotización:
Fecha de entrada en vigor de la Asociación:
Vencimiento de esta cobertura *El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes del Trabajo*

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social

Domicilio

Social: Localidad Provincia C.P.

Laboral: Localidad Provincia C.P.

C.I.F./N.I.F. N° Inicial de Trabajadores Teléfono Fax

Solicita de la Mutua la Asociación a la misma, a efectos de la cobertura de la Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos que a continuación se detallan.

Datos de la Actividad Laboral

Descripción de los trabajos o industria objeto de la asociación

Opción ejercitada

Prestación Económica de Incapacidad Temporal de Contingencias Comunes:

Prestaciones garantizadas

Subsidio de Incapacidad Temporal por enfermedad común o Accidente no laboral de los trabajadores que presten sus servicios en los centros de trabajo cuyos códigos de cuenta de cotización se detallan en el presente Anexo al Documento de Proposición de Asociación, en la cuantía y con sujeción a las condiciones reguladas para dicha prestación en el Régimen de la Seguridad Social en que estén encuadrados.

Salario Regulador

El declarado en las relaciones nominales de trabajadores según normativa aplicable en el régimen de la Seguridad Social de encuadramiento.

Documento nº | | |

Código de Cuenta de Cotización:

Fecha de entrada en vigor de la Asociación:

Vencimiento de esta cobertura *El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes del Trabajo*

Informe emitido por el Comité de Empresa o Delegado de personal

- Se adjunta
- No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores
- No se adjunta por (indicar motivo)

Aceptación de la Asociación

La empresa asociada declara conocer los Estatutos de la Mutua y las Condiciones Generales del Convenio de Asociación, y su Anexo que acepta íntegramente. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, acepta la solicitud y asume la cobertura de prestación económica de Incapacidad Temporal de la Empresa antes citada.

En a deXY

La Empresa

ÁÁLa Mutua

Fdo.:

Cargo:

NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la relación administrativa con la empresa asociada y colaborar en la gestión de las contingencias que la Mutua tienen encomendadas en virtud de la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal y ejecución de un contrato (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).



Documento nº _____ | _____ | _____

Código de cuenta de Cotización: _____

Fecha de entrada en vigor de la Asociación: _____

Vencimiento de esta cobertura: Años prorrogables _____

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social

Domicilio

Social: _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Laboral: _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

C.I.F./N.I.F _____ Nº Inicial de Trabajadores _____ Teléfono _____ Fax _____

Solicita de la Mutua la Asociación a la misma, a efectos de la cobertura de ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES haciendo constar la veracidad de los datos que a continuación se detallan.

Datos de la Actividad Laboral

Descripción de la actividad de la industria objeto de la asociación:

Convenio Colectivo que se aplica

¿Autoasegura la incapacidad temporal por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional?

En caso afirmativo indicar fecha de Resolución

¿Se realizan trabajos con riesgos de enfermedad profesional?

En su caso ¿Se efectúan reconocimientos periódicos?

¿Algún trabajador tiene declarada enfermedad profesional o incapacidad?

¿Tiene la empresa otros centros de trabajo en alta en la Seguridad Social?

Riesgos a cubrir

Descripción de la actividad objeto de la protección		Trabajadores

Informe emitido por el Comité de Empresa o Delegado de personal

- Se adjunta
- No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores
- No se adjunta por (indicar motivo)

Documento nº _____

Código de cuenta de Cotización: _____

Fecha de entrada en vigor de la Asociación: _____

Vencimiento de esta cobertura: Años prorrogables _____

Aceptación de la Asociación

La empresa asociada declara conocer los Estatutos de la Mutua y las Condiciones Generales del Convenio de Asociación, que acepta íntegramente. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, acepta la solicitud y admite la solicitud y asume la cobertura de los riesgos de accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales de la Empresa.

En _____ de _____
La Empresa _____ La Mutua

Fdo.:

Cargo:



NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la relación administrativa con la empresa asociada y colaborar en la gestión de las contingencias que la Mutua tienen encomendadas en virtud de la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal y ejecución de un contrato (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Documento nº | | |
Código de Cuenta de Cotización:
Fecha de entrada en vigor de la Asociación:
Vencimiento de esta cobertura *El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes del Trabajo*

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social

Domicilio

Social: Localidad Provincia C.P.

Laboral: Localidad Provincia C.P.

C.I.F./N.I.F. N° Inicial de Trabajadores Teléfono Fax

Solicita de la Mutua la Asociación a la misma, a efectos de la cobertura de la Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos que a continuación se detallan.

Datos de la Actividad Laboral

Descripción de los trabajos o industria objeto de la asociación

Opción ejercitada

Prestación Económica de Incapacidad Temporal de Contingencias Comunes:

Prestaciones garantizadas

Subsidio de Incapacidad Temporal por enfermedad común o Accidente no laboral de los trabajadores que presten sus servicios en los centros de trabajo cuyos códigos de cuenta de cotización se detallan en el presente Anexo al Documento de Proposición de Asociación, en la cuantía y con sujeción a las condiciones reguladas para dicha prestación en el Régimen de la Seguridad Social en que estén encuadrados.

Salario Regulador

El declarado en las relaciones nominales de trabajadores según normativa aplicable en el régimen de la Seguridad Social de encuadramiento.

Documento nº | | |

Código de Cuenta de Cotización:

Fecha de entrada en vigor de la Asociación:

Vencimiento de esta cobertura *El mismo que el del Documento de Asociación de Accidentes del Trabajo*

Informe emitido por el Comité de Empresa o Delegado de personal

- Se adjunta
- No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores
- No se adjunta por (indicar motivo)

Aceptación de la Asociación

La empresa asociada declara conocer los Estatutos de la Mutua y las Condiciones Generales del Convenio de Asociación, y su Anexo que acepta íntegramente. FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, acepta la solicitud y asume la cobertura de prestación económica de Incapacidad Temporal de la Empresa antes citada.

En a deXY

La Empresa

ÁÁa Mutua

Fdo.:

Cargo:

NOTA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la relación administrativa con la empresa asociada y colaborar en la gestión de las contingencias que la Mutua tienen encomendadas en virtud de la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal y ejecución de un contrato (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

