

Fecha de entrada en vigor
Código o Códigos de Cuenta de

Documento de Proposición de Asociación

Razón Social/Empresa		DNI/NIF
Representante	DNI/NIF	C. Gestor
Domicilio	Población	Código Postal
Teléfono	Fax	Correo electrónico

Solicita de Mutua Navarra, la Asociación para la cobertura de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, en la tarificación adecuada para cubrir los riesgos existentes.

Reglamentación de Trabajo

La Empresa desea concertar la I.T. por Contingencias Comunes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La empresa se encuentra autorizada a colaborar en la gestión. Fecha de la autorización	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha tenido alguno de sus trabajadores accidentes calificados de Enfermedad Profesional	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se emplean vehículos para servicio de la empresa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

A efectos del Régimen de Accidentes de Trabajo, ha estado asociada la empresa en alguna otra Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

CONDICIONES PARTICULARES

Código C.N.A.E.	Actividad Económica	Tipos de cotización			
		Nº TRAB.	I.T.	I.M.S.	TOTAL
					0,00
					0,00

Código actividad	Descripción: Actividades específicas	Tipos de cotización			
		Nº TRAB.	I.T.	I.M.S.	TOTAL
					0,00
					0,00

Tipos aplicables a ocupaciones y situaciones en todas las actividades: Conforme a lo establecido en la Disposición adicional cuarta de la Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2007, con los ajustes anuales que prevé su apartado cuarto.

La empresa aporta informe del comité de empresa o delegado de personal, según lo previsto en el artículo 61.3 del Reglamento de Colaboración:

Sí No, porque no existen dichos órganos de representación, por no exigirlo la normativa aplicable.

La empresa solicitante se compromete a aceptar la tarificación, las condiciones generales del Convenio de Asociación, así como los Estatutos de **Mutua Navarra**, que admite conocer.

Mutua Navarra, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 21, acepta la solicitud de Asociación y asume la cobertura del riesgo de Accidentes de Trabajo de la empresa antes citada.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante queda informado y consiente en que los datos que nos facilita a través de este formulario, incluidos datos de salud, sean tratados por MUTUA NAVARRA, MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 21, pasando los mismos a formar parte de un fichero que sólo se utilizará para la gestión del historial clínico del paciente y la gestión interna de la Mutua.

Los datos facilitados serán tratados con estricta confidencialidad, siendo adecuados, pertinentes y no excesivos en el ámbito y finalidad descritos, pudiendo ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la siguiente dirección: Pamplona, Polígono Industrial de Landaben C7F nº 14.

Del mismo modo, le informamos que mediante la aceptación del presente documento el firmante consiente de forma expresa, que sus datos personales sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario con el fin de prestarle los servicios solicitados.

Documento que se expide en Pamplona, a _____ de _____ de _____

LA EMPRESA

MUTUA NAVARRA
EL DIRECTOR-GERENTE

