

## DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

D. A. nº	Efecto	Colaborador	Clave	Código cuenta cotización asignado

Empresa	CIF/NIF	Teléfono
Domicilio	Localidad	Código postal
Domicilio del Centro de Trabajo	Localidad	

### 1. Otros códigos cuenta cotización

C.C.C.	Causa apertura	Fecha asignación	C.C.C.	Causa apertura	Fecha asignación

### 2. Actividad económica y régimen de la seguridad social

Actividad económica	Clave C.N.A.E.	Nº Trabajadores
Régimen / Sector de la Seguridad Social	Sistema especial de la Seguridad Social	
Causa de la apertura	Fecha de la apertura	C.C.C. Antecesora

Solicita de **umivale Activa**, la asociación a la misma para la protección de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, haciendo constar los siguientes datos:

### 3. Informe emitido por el comité de empresa o delegado de personal

<input type="checkbox"/> Se Adjunta
<input type="checkbox"/> No se adjunta por no existir dicho órgano de representación.
<input type="checkbox"/> No se adjunta. (Otros motivos), en su caso indíquese cuales:

### 4. Otros datos de la actividad

¿Realiza la empresa alguna actividad de las comprendidas en el cuadro de Enfermedades Profesionales (EP)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Realiza reconocimientos médicos previos y periódicos a su personal con riesgo de EP?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### 5. Tarifación

C.N.A.E.	TÍTULO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	% I.T.	% I.M.S.	TOTAL

La empresa declara que los anteriores códigos y títulos de actividad son los que se corresponden con la realidad y se compromete a adecuar sus tipos de cotización a la realidad existente en cada momento en la empresa, en los porcentajes legalmente aplicables, y desea que la asociación tenga efecto a partir de las 0 horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

D./D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_ con D.N.I \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_

Firmado

Firmado **umivale Activa**

D. Héctor Blasco García  
Director Gerente




C/ Colón, nº 82, bajo. 46004 Valencia. Teléfono: 96 318 10 18. Fax: 91 364 79 73. www.umivale.es  
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social Nº 3. CIF: G - 96236443

#### Información sobre protección de datos personales

**Responsable:** umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es). **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa de asociarse, afiliarse o adherirse a umivale Activa, así como facilitar posteriormente la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias y colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Dar cumplimiento a las obligaciones legales aplicables a umivale Activa. **Destinatarios:** Tesorería General de la Seguridad Social. Juzgados y Tribunales cuando exista obligación legal de cederlos. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale Activa, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es). **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivale.es/protecciondedatos>.