

## Anexo al Documento de Proposición de Asociación Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes

D. A. nº <input style="width: 100%;" type="text"/>	COLABORADOR	CLAVE	CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN ASIGNADO
Efecto			

Empresa _____	C.I.F./N.I.F. _____	Tel. _____
Domicilio _____	Localidad _____	C.P. _____
Domicilio el Centro de Trabajo _____	Localidad _____	

### OTROS CÓDIGOS CUENTA COTIZACIÓN

C.C.C.	CAUSA APERTURA	FECHA ASIGNACIÓN	C.C.C.	CAUSA APERTURA	FECHA ASIGNACIÓN

### 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 indíquense cuáles: _____
---

La empresa haciendo constar la veracidad de los datos reflejados en este Anexo, solicita de **umivale** la asociación a la misma, a efectos de la cobertura de la **Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes**.

#### Información sobre protección de datos personales

- **Responsable:** **umivale** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15. Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Contacto Delegado de Protección de Datos: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es).
- **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa de asociarse, afiliarse o adherirse a **umivale**, 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.
- **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. Por **escrito**, mediante solicitud dirigida a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros. Remitiendo un **correo electrónico** a la siguiente dirección: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es).
- **Información adicional:** Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en e siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.

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

Firmado  {  **umivale**