

Anexo ao Documento de Proposición de Asociación Prestación Económica de Incapacidade Temporal por Continxencias Comúns

D. A. n.º	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Efecto	

COLABORADOR	CLAVE

CÓDIGO DE CONTA DE COTIZACIÓN ASIGNADO

Empresa _____	CIF/NIF _____	Tel. _____
Domicilio _____	Localidade _____	C. P. _____
Domicilio do Centro de Trabajo _____	Localidade _____	

OUTROS CÓDIGOS DA CONTA DE COTIZACIÓN

CCC	CAUSA DA APERTURA	DATA DA ASIGNACIÓN	CCC	CAUSA DA APERTURA	DATA DA ASIGNACIÓN

INFORME EMITIDO POLO COMITÉ DE EMPRESA OU DELEGADO DE PERSOAL

<input type="checkbox"/> Achégase <input type="checkbox"/> Non se achega por non existir o devandito órgano de representación. <input type="checkbox"/> Non se achega. (Outros motivos), se os houber, indique cales: _____

A empresa, facendo constar a veracidade dos datos reflectidos neste Anexo, solicita de **umivale** a asociación con ela, para os efectos de cobertura da **Prestación Económica de Incapacidade Temporal por Continxencias Comúns**.

Información sobre protección de datos persoais

Responsable: **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es **Finalidade e lexitimación:** Facilitar a xestión administrativa que implica a asociación, afiliación ou adhesión a **umivale**, así como facilitar posteriormente a xestión administrativa, asistencial e económica das prestacións que lle son propias e colaborar na xestión das continxencias de accidentes de traballo e enfermidades profesionais no ámbito da Seguridade Social. **Destinatarios:** Tesourería Xeral da Seguridade Social. Xulgados e tribunais cando exista a obriga legal de cedelos. Terceiros provedores de servizos que teñen acceso aos datos persoais. **Dereitos:** Poderá acceder, rectificar, suprimir, opoñerse a determinados tratamentos, así como exercer o seu dereito á limitación do tratamento, á portabilidade e a non ser obxecto dunha decisión baseada unicamente no tratamento automatizado dos seus datos. Por escrito, mediante unha solicitude dirixida a **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en calquera dos nosos centros, enviando un correo electrónico ao seguinte enderezo: dpd@umivale.es **Información adicional:** Pode consultar a información adicional e detallada sobre a Protección de Datos na seguinte ligazón: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>

D./D.^a: _____ con DNI _____ en calidade _____
Asinado _____

D. José María Martín Olivares


