

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

D. A. n.º <input style="width: 100%;" type="text"/>	COLABORADOR	CLAVE	CÓDIGO DE CONTA DE COTIZACIÓN ASIGNADO
Efecto			

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](mailto: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](mailto: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.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ en calidade \_\_\_\_\_  
 Asinado \_\_\_\_\_ Asinado **umivale**