

Annex al document de proposició d'associació Prestació econòmica d'incapacitat temporal per contingències comunes

DA núm. <input style="width: 100%;" type="text"/>	COL·LABORADOR	CLAU	CODI COMPTE COTITZACIÓ ASSIGNAT
Efecte			

Empresa _____	CIF/NIF _____	Tel. _____
Domicili _____	Localitat _____	CP _____
Domicili del centre de treball _____	Localitat _____	

ALTRES CODIS COMPTE COTITZACIÓ

CCC	CAUSA OBERTURA	DATA ASSIGNACIÓ	CCC	CAUSA OBERTURA	DATA ASSIGNACIÓ

INFORME EMÈS PEL COMITÈ D'EMPRESA O DELEGAT DE PERSONAL

<input type="checkbox"/> S'adjunta <input type="checkbox"/> No s'adjunta, ja que no existeix aquest òrgan de representació. <input type="checkbox"/> No s'adjunta. (Altres motius), indiqui'n quins: _____
--

L'empresa fa constar la veracitat de les dades reflectides en aquest Annex i sol·licita que **umivale** s'associï amb aquesta a l'efecte de la cobertura de la **prestació econòmica d'incapacitat temporal per contingències comunes**.

Informació sobre protecció de dades personals

- **Responsable:** **umivale**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 15, Av. Reial Monestir de Poblet, 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Contacte Delegat de Protecció de Dades: dpd@umivale.es
- **Finalitat i legitimitació:** Facilitar la gestió administrativa d'associar-se, afiliar-se o adherir-se a **umivale**, com també facilitar posteriorment la gestió administrativa, assistencial i econòmica de les prestacions que li són pròpies i col·laborar en la gestió de les contingències d'accidents laborals i malalties professionals en l'àmbit de la Seguretat Social.
- **Destinatari:** Tresoreria General de la Seguretat Social. Jutjats i tribunals quan existeixi obligació legal de cedir-les. Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals.
- **Drets:** Podrà accedir, rectificar i suprimir les seves dades, oposar-se a determinats tractaments i exercir el seu dret a limitar el tractament o la portabilitat de les seves dades i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en un tractament automatitzat de les seves dades. Per escrit, mitjançant una sol·licitud adreçada a **umivale**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 15, Av. Reial Monestir de Poblet, 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Presencialment, a qualsevol dels nostres centres, enviant un missatge de correu electrònic a l'adreça dpd@umivale.es
- **Informació addicional:** Pot consultar la informació addicional i detallada en matèria de protecció de dades a l'enllaç següent: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>

El Sr./La Sra.: _____, amb DNI _____, en qualitat de _____

Signat

Sr. José María Martín Olivares


