MAZ, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 11
SEDE SOCIAL: C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza
Tel.: 976 30 13 60 · www.maz.es/contacto

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

RÉGIMEN: .....

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN
EMPRESA			NIF

DOMICILIO LEGAL	DIST. POSTAL - LOCALIDAD	TELÉFONO	EMAIL
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	DIST. POSTAL - LOCALIDAD		MUTUA PROCEDENCIA

NOMBRE	DNI / NIF	EN CALIDAD DE

Solicita de MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, la asociación a efectos de cobertura de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, haciendo constar la veracidad de los datos que se detallan:

ACTIVIDAD ECONÓMICA	CNAE

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS (Enumérense los conceptos, desglosándolos cuando comprendan más de un trabajo)

DIV	EPGR.	OBRAS O TRABAJOS OBJETO DE LA PROTECCIÓN	Nº DE TRABAJADORES

EN CASO DE RIESGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El firmante CERTIFICA que su Entidad cumple con los requisitos exigidos en los art. 243 y 244 del Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social relativos a los reconocimientos médicos por su riesgo de enfermedades profesionales y se compromete a cumplir con las obligaciones contenidas en los mismos.

INFORME EMITIDO POR EL COMITÉ DE EMPRESA O DELEGADO DE PERSONAL

☐ No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores. ☐ Se adjunta

El proponente que suscribe declara conocer y aceptar los estatutos de MAZ y las normas reguladoras de su colaboración en la gestión de la Seguridad Social, asume la responsabilidad de las declaraciones contenidas en el presente Documento de Proposición de Asociación, que ha de servir para regularizar su situación como empresario asociado a través de la firma del Documento de Asociación.

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 con la finalidad de gestionar las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente, así como cualquier información que se considere de interés para el firmante. MAZ como Responsable de Tratamiento, le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad, supresión y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es. Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, acepta la propuesta formulada por la empresa para la cobertura de las contingencias de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales, que entrará en vigor a las cero horas del día……..…… y tendrá su vencimiento a las veinticuatro horas del día……..

En …….. a …… de …… de ……..

Firma del proponente *Firma por MAZ*

EJEMPLAR PARA TESORERÍA

MAZ, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 11
SEDE SOCIAL: C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza
Tel.: 976 30 13 60 · www.maz.es/contacto

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

RÉGIMEN: .....

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN
EMPRESA			NIF

DOMICILIO LEGAL	DIST. POSTAL - LOCALIDAD	TELÉFONO	EMAIL
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	DIST. POSTAL - LOCALIDAD		MUTUA PROCEDENCIA

NOMBRE	DNI / NIF	EN CALIDAD DE

Solicita de MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, la asociación a efectos de cobertura de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, haciendo constar la veracidad de los datos que se detallan:

ACTIVIDAD ECONÓMICA	CNAE

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS (Enumérense los conceptos, desglosándolos cuando comprendan más de un trabajo)

DIV	EPGR.	OBRAS O TRABAJOS OBJETO DE LA PROTECCIÓN	Nº DE TRABAJADORES

EJEMPLAR PARA LA EMPRESA

EN CASO DE RIESGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El firmante CERTIFICA que su Entidad cumple con los requisitos exigidos en los art. 243 y 244 del Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social relativos a los reconocimientos médicos por su riesgo de enfermedades profesionales y se compromete a cumplir con las obligaciones contenidas en los mismos.

INFORME EMITIDO POR EL COMITÉ DE EMPRESA O DELEGADO DE PERSONAL

☐ No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores. ☐ Se adjunta

El proponente que suscribe declara conocer y aceptar los estatutos de MAZ y las normas reguladoras de su colaboración en la gestión de la Seguridad Social, asume la responsabilidad de las declaraciones contenidas en el presente Documento de Proposición de Asociación, que ha de servir para regularizar su situación como empresario asociado a través de la firma del Documento de Asociación.

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 con la finalidad de gestionar las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente, así como cualquier información que se considere de interés para el firmante. MAZ como Responsable de Tratamiento, le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad, supresión y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es. Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx.

MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, acepta la propuesta formulada por la empresa para la cobertura de las contingencias de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales, que entrará en vigor a las cero horas del día……..……
y tendrá su vencimiento a las veinticuatro horas del día……..

En …….. a …… de …… de ……..……..

Firma del proponente *Firma por MAZ*

MAZ, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 11
SEDE SOCIAL: C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza
Tel.: 976 30 13 60 · www.maz.es/contacto

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

RÉGIMEN: .....

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN
EMPRESA			NIF

DOMICILIO LEGAL	DIST. POSTAL - LOCALIDAD	TELÉFONO	EMAIL
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	DIST. POSTAL - LOCALIDAD		MUTUA PROCEDENCIA

NOMBRE	DNI / NIF	EN CALIDAD DE

Solicita de MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, la asociación a efectos de cobertura de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, haciendo constar la veracidad de los datos que se detallan:

ACTIVIDAD ECONÓMICA	CNAE

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS (Enumérense los conceptos, desglosándolos cuando comprendan más de un trabajo)

DIV	EPGR.	OBRAS O TRABAJOS OBJETO DE LA PROTECCIÓN	Nº DE TRABAJADORES

EJEMPLAR PARA LA MUTUA

EN CASO DE RIESGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El firmante CERTIFICA que su Entidad cumple con los requisitos exigidos en los art. 243 y 244 del Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social relativos a los reconocimientos médicos por su riesgo de enfermedades profesionales y se compromete a cumplir con las obligaciones contenidas en los mismos.

INFORME EMITIDO POR EL COMITÉ DE EMPRESA O DELEGADO DE PERSONAL

☐ No se adjunta por no existir dicho órgano de representación de los trabajadores. ☐ Se adjunta

El proponente que suscribe declara conocer y aceptar los estatutos de MAZ y las normas reguladoras de su colaboración en la gestión de la Seguridad Social, asume la responsabilidad de las declaraciones contenidas en el presente Documento de Proposición de Asociación, que ha de servir para regularizar su situación como empresario asociado a través de la firma del Documento de Asociación.

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 con la finalidad de gestionar las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente, así como cualquier información que se considere de interés para el firmante. MAZ como Responsable de Tratamiento, le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad, supresión y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es. Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx.

MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, acepta la propuesta formulada por la empresa para la cobertura de las contingencias de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales, que entrará en vigor a las cero horas del día……..……
y tendrá su vencimiento a las veinticuatro horas del día……..

En …….. a …… de …… de ……..

Firma del proponente *Firma por MAZ*