

SEDE SOCIAL:  
C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza  
Tel.: 976 30 13 60 Fax.: 976 70 18 81  
Apdo. Correos 186 · 50080 Zaragoza  
www.maz.es

## DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

RÉGIMEN \_\_\_\_\_

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN
EMPRESA			N.I.F.
DOMICILIO LEGAL	DIST.POSTAL-LOCALIDAD		TELÉFONO
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	DIST.POSTAL-LOCALIDAD		E-MAIL
D.	D.N.I. Nº	EN CALIDAD DE	

Solicita de MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 11, 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

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE CONCURREN EN LOS TRABAJOS

A. ¿ESTAN INCLUIDAS LAS ACTIVIDADES DE LA EMPRESA EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES? (DÍGASE CUALES)	
B. ¿ALGÚN TRABAJADOR TIENE DECLARADA ENFERMEDAD PROFESIONAL, INCAPACIDAD O MUTILACIÓN? (DÍGASE CUALES)	
C. ¿SE REALIZAN TRABAJOS DE TRANSPORTE? ¿POR QUE MEDIOS?	
D. ¿ESTÁ AUTORIZADA PARA COLABORAR VOLUNTARIAMENTE EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL? (EN CASO AFIRMATIVO, FECHA DE AUTORIZACIÓN)	
E. LA INDUSTRIA O TRABAJOS CUYO RIESGO SE PROPONE, ¿HAN SIDO YA OBJETO DE PROTECCIÓN CONTRA ACCIDENTES? (EN CASO AFIRMATIVO, DÍGASE LA ENTIDAD)	

### 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.

La MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 11, 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 \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 2.02\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROPONENTE

POR MAZ



## DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

REGIMEN .....

Nº CODIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN
EMPRESA			N.I.F.
DOMICILIO LEGAL	DIST.POSTAL-LOCALIDAD		TELÉFONO
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	DIST.POSTAL-LOCALIDAD		E-MAIL

D:	D.N.I. Nº	EN CALIDAD DE
----	-----------	---------------

Solicita de MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 11, 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

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE CONCURREN EN LOS TRABAJOS

A. ¿ESTÁN INCLUIDAS LAS ACTIVIDADES DE LA EMPRESA EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES? (DÍGASE CUALES)	
B. ¿ALGÚN TRABAJADOR TIENE DECLARADA ENFERMEDAD PROFESIONAL, INCAPACIDAD O MUTILACIÓN? (DÍGASE CUALES)	
C. ¿SE REALIZAN TRABAJOS DE TRANSPORTE? ¿POR QUE MEDIOS?	
D. ¿ESTÁ AUTORIZADA PARA COLABORAR VOLUNTARIAMENTE EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL? (EN CASO AFIRMATIVO, FECHA DE AUTORIZACIÓN)	
E. LA INDUSTRIA O TRABAJOS CUYO RIESGO SE PROPONE, ¿HAN SIDO YA OBJETO DE PROTECCIÓN CONTRA ACCIDENTES? (EN CASO AFIRMATIVO, DÍGASE LA ENTIDAD)	

### 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.

La MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 11, 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 \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 2.02\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROPONENTE

POR MAZ



## DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

REGIMEN .....

Nº CODIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN
EMPRESA			N.I.F.
DOMICILIO LEGAL	DIST.POSTAL-LOCALIDAD		TELÉFONO
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO	DIST.POSTAL-LOCALIDAD		E-MAIL

D:	D.N.I. Nº	EN CALIDAD DE
----	-----------	---------------

Solicita de MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 11, 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

### CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE CONCURREN EN LOS TRABAJOS

A. ¿ESTÁN INCLUIDAS LAS ACTIVIDADES DE LA EMPRESA EN EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES? (DÍGASE CUALES)	
B. ¿ALGÚN TRABAJADOR TIENE DECLARADA ENFERMEDAD PROFESIONAL, INCAPACIDAD O MUTILACIÓN? (DÍGASE CUALES)	
C. ¿SE REALIZAN TRABAJOS DE TRANSPORTE? ¿POR QUE MEDIOS?	
D. ¿ESTÁ AUTORIZADA PARA COLABORAR VOLUNTARIAMENTE EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL? (EN CASO AFIRMATIVO, FECHA DE AUTORIZACIÓN)	
E. LA INDUSTRIA O TRABAJOS CUYO RIESGO SE PROPONE, ¿HAN SIDO YA OBJETO DE PROTECCIÓN CONTRA ACCIDENTES? (EN CASO AFIRMATIVO, DÍGASE LA ENTIDAD)	

### 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.

La MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 11, 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 \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 2.02\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROPONENTE

POR MAZ

