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

ANEXO AL DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN PRESTACIÓN ECONÓMICA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF/NIF
DOMICILIO LEGAL		DIST. POSTAL - LOCALIDAD
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO		DIST. POSTAL - LOCALIDAD
TELÉFONO	EMAIL	

NOMBRE	DNI	EN CALIDAD DE

EJEMPLAR PARA TESORERÍA

Solicita de MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, la asociación a efectos de cobertura de la Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos que se detallan:

OPCIÓN EJERCITADA

Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes.

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 Anexo al Documento de Proposición de Asociación, que ha de servir para regularizar su situación como empresario asociado a través de la firma del Anexo al 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 la prestación económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, 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

ANEXO AL DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN PRESTACIÓN ECONÓMICA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF/NIF
DOMICILIO LEGAL		DIST. POSTAL - LOCALIDAD
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO		DIST. POSTAL - LOCALIDAD
TELÉFONO	EMAIL	

NOMBRE	DNI	EN CALIDAD DE

EJEMPLAR PARA LA EMPRESA

Solicita de MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, la asociación a efectos de cobertura de la Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos que se detallan:

OPCIÓN EJERCITADA

Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes.

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 Anexo al Documento de Proposición de Asociación, que ha de servir para regularizar su situación como empresario asociado a través de la firma del Anexo al 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 la prestación económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, 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

ANEXO AL DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN PRESTACIÓN ECONÓMICA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	Nº DOCUMENTO	DURACIÓN	INTERVENCIÓN

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF/NIF
DOMICILIO LEGAL		DIST. POSTAL - LOCALIDAD
DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO		DIST. POSTAL - LOCALIDAD
TELÉFONO	EMAIL	

NOMBRE	DNI	EN CALIDAD DE

EJEMPLAR PARA LA MUTUA

Solicita de MAZ, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº11, la asociación a efectos de cobertura de la Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, haciendo constar la veracidad de los datos que se detallan:

OPCIÓN EJERCITADA

Prestación Económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes.

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 Anexo al Documento de Proposición de Asociación, que ha de servir para regularizar su situación como empresario asociado a través de la firma del Anexo al 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 la prestación económica de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, 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*