MAZ, MUTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL Nº 11
SEU SOCIAL: C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza
Tel.: 976 30 13 60 · www.maz.es/contacto

DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ

RÈGIM: .....

Nº CODI COMPTE COTITZACIÓ	DOCUMENT Nº	DURADA	INTERVENCIÓ
EMPRESA			NIF

DOMICILI LEGAL	DIST. POSTAL - LOCALITAT	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC
DOMICILI CENTRE DE TREBALL	DIST. POSTAL - LOCALITAT		MÚTUA PROCEDÈNCIA

NOM	DNI / NIF	EN QUALITAT DE

Sol·licita de MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'associació a efectes de cobertura de les contingències d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, fent constar la veracitat de les dades que es detallen

ACTIVITAT ECONÒMICA	CNAE

DESCRIPCIÓ DELS TREBALLS (Enumereu els conceptes, desglossant-los quan comprenguin més d'una feina)

DIV	EPGR.	OBRES O TREBALLS OBJECTE DE LA PROTECCIÓ	Nº DE TREBALLADORS

EXEMPLAR PER A TRESORERIA

EN CAS DE RISC DE MALALTIA PROFESSIONAL

El signant CERTIFICA que la seva Entitat compleix amb els requisits exigits en els art. 243 i 244 del Reial Decret Legislatiu 8/2015 pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei General de Seguretat Social relatius als reconeixements mèdics pel seu risc de malalties professionals i es compromet a complir amb les obligacions contingudes en els mateixos.

INFORME EMÈS PEL COMITÈ D'EMPRESA O DELEGAT DE PERSONAL

☐ No s'adjunta perquè no existeix aquest òrgan de representació dels treballadors. ☐ S'adjunta

El proposant que subscriu declara conèixer i acceptar els estatuts de MAZ i les normes reguladores de la seva col·laboració en la gestió de la Seguretat Social, assumeix la responsabilitat de les declaracions contingudes en el present Document de Proposició d'Associació, que ha de servir per regularitzar la seva situació com a empresari associat a través de la signatura del Document d'Associació.

Se li comunica que les dades personals facilitades seran tractades per MAZ, M.C.S.S. Nº 11 amb la finalitat de gestionar les prestacions de Seguretat Social com a Entitat Col·laboradora competent, així com qualsevol informació que es consideri d'interès per al signant. MAZ com a Responsable de Tractament, li informa que aquestes dades seran conservades durant el termini estrictament necessari per a l'objecte amb què es rebin d'acord amb el que disposa el Reglament 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016 i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, estant MAZ legitimada per a aquest tractament per mandat legal. Sense perjudici de l'exposat, podrà exercir qualsevol dels seus drets (accés, rectificació, portabilitat, supressió i limitació del tractament) en el moment que desitgi dirigint-se a qualsevol centre de MAZ o a través de la direcció lopd@maz.es. Posem a la seva disposició informació addicional sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'accepta la proposta formulada per l'empresa per a la cobertura de les contingències de Accidents de treball i Malalties Professionals, que entrarà en vigor a les zero hores del dia..... i tindrà el seu venciment a les vint-i-quatre hores del dia……

A …….. a …… de …… de ……..

Firma del proposant *Firma MAZ*

MAZ, MUTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL Nº 11
SEU SOCIAL: C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza
Tel.: 976 30 13 60 · www.maz.es/contacto

DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ

RÈGIM: .....

Nº CODI COMPTE COTITZACIÓ	DOCUMENT Nº	DURADA	INTERVENCIÓ
EMPRESA			NIF

DOMICILI LEGAL	DIST. POSTAL - LOCALITAT	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC
DOMICILI CENTRE DE TREBALL	DIST. POSTAL - LOCALITAT		MÚTUA PROCEDÈNCIA

NOM	DNI / NIF	EN QUALITAT DE

Sol·licita de MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'associació a efectes de cobertura de les contingències d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, fent constar la veracitat de les dades que es detallen

ACTIVITAT ECONÒMICA	CNAE

DESCRIPCIÓ DELS TREBALLS (Enumereu els conceptes, desglossant-los quan comprenguin més d'una feina)

DIV	EPGR.	OBRES O TREBALLS OBJECTE DE LA PROTECCIÓ	Nº DE TREBALLADORS

EXEMPLAR PER A L'EMPRESA

EN CAS DE RISC DE MALALTIA PROFESSIONAL

El signant CERTIFICA que la seva Entitat compleix amb els requisits exigits en els art. 243 i 244 del Reial Decret Legislatiu 8/2015 pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei General de Seguretat Social relatius als reconeixements mèdics pel seu risc de malalties professionals i es compromet a complir amb les obligacions contingudes en els mateixos.

INFORME EMÈS PEL COMITÈ D'EMPRESA O DELEGAT DE PERSONAL

☐ No s'adjunta perquè no existeix aquest òrgan de representació dels treballadors. ☐ S'adjunta

El proposant que subscriu declara conèixer i acceptar els estatuts de MAZ i les normes reguladores de la seva col·laboració en la gestió de la Seguretat Social, assumeix la responsabilitat de les declaracions contingudes en el present Document de Proposició d'Associació, que ha de servir per regularitzar la seva situació com a empresari associat a través de la signatura del Document d'Associació.

Se li comunica que les dades personals facilitades seran tractades per MAZ, M.C.S.S. Nº 11 amb la finalitat de gestionar les prestacions de Seguretat Social com a Entitat Col·laboradora competent, així com qualsevol informació que es consideri d'interès per al signant. MAZ com a Responsable de Tractament, li informa que aquestes dades seran conservades durant el termini estrictament necessari per a l'objecte amb què es rebin d'acord amb el que disposa el Reglament 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016 i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, estant MAZ legitimada per a aquest tractament per mandat legal. Sense perjudici de l'exposat, podrà exercir qualsevol dels seus drets (accés, rectificació, portabilitat, supressió i limitació del tractament) en el moment que desitgi dirigint-se a qualsevol centre de MAZ o a través de la direcció lopd@maz.es. Posem a la seva disposició informació addicional sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'accepta la proposta formulada per l'empresa per a la cobertura de les contingències de Accidents de treball i Malalties Professionals, que entrarà en vigor a les zero hores del dia..... i tindrà el seu venciment a les vint-i-quatre hores del dia……

A …….. a …… de …… de ……..

Firma del proposant *Firma MAZ*

MAZ, MUTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL Nº 11
SEU SOCIAL: C/ Sancho y Gil, 2-4 · 50001 Zaragoza
Tel.: 976 30 13 60 · www.maz.es/contacto

DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ

RÈGIM: .....

Nº CODI COMPTE COTITZACIÓ	DOCUMENT Nº	DURADA	INTERVENCIÓ
EMPRESA			NIF

DOMICILI LEGAL	DIST. POSTAL - LOCALITAT	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC
DOMICILI CENTRE DE TREBALL	DIST. POSTAL - LOCALITAT		MÚTUA PROCEDÈNCIA

NOM	DNI / NIF	EN QUALITAT DE

Sol·licita de MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'associació a efectes de cobertura de les contingències d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, fent constar la veracitat de les dades que es detallen

ACTIVITAT ECONÒMICA	CNAE

DESCRIPCIÓ DELS TREBALLS (Enumereu els conceptes, desglossant-los quan comprenguin més d'una feina)

DIV	EPGR.	OBRES O TREBALLS OBJECTE DE LA PROTECCIÓ	Nº DE TREBALLADORS

EXEMPLAR PER A LA MÚTUA

EN CAS DE RISC DE MALALTIA PROFESSIONAL

El signant CERTIFICA que la seva Entitat compleix amb els requisits exigits en els art. 243 i 244 del Reial Decret Legislatiu 8/2015 pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei General de Seguretat Social relatius als reconeixements mèdics pel seu risc de malalties professionals i es compromet a complir amb les obligacions contingudes en els mateixos.

INFORME EMÈS PEL COMITÈ D'EMPRESA O DELEGAT DE PERSONAL

☐ No s'adjunta perquè no existeix aquest òrgan de representació dels treballadors. ☐ S'adjunta

El proposant que subscriu declara conèixer i acceptar els estatuts de MAZ i les normes reguladores de la seva col·laboració en la gestió de la Seguretat Social, assumeix la responsabilitat de les declaracions contingudes en el present Document de Proposició d'Associació, que ha de servir per regularitzar la seva situació com a empresari associat a través de la signatura del Document d'Associació.

Se li comunica que les dades personals facilitades seran tractades per MAZ, M.C.S.S. Nº 11 amb la finalitat de gestionar les prestacions de Seguretat Social com a Entitat Col·laboradora competent, així com qualsevol informació que es consideri d'interès per al signant. MAZ com a Responsable de Tractament, li informa que aquestes dades seran conservades durant el termini estrictament necessari per a l'objecte amb què es rebin d'acord amb el que disposa el Reglament 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016 i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, estant MAZ legitimada per a aquest tractament per mandat legal. Sense perjudici de l'exposat, podrà exercir qualsevol dels seus drets (accés, rectificació, portabilitat, supressió i limitació del tractament) en el moment que desitgi dirigint-se a qualsevol centre de MAZ o a través de la direcció lopd@maz.es. Posem a la seva disposició informació addicional sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'accepta la proposta formulada per l'empresa per a la cobertura de les contingències de Accidents de treball i Malalties Professionals, que entrarà en vigor a les zero hores del dia..... i tindrà el seu venciment a les vint-i-quatre hores del dia……

A …….. a …… de …… de ……..

Firma del proposant *Firma MAZ*