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

ANNEX AL DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ PRESTACIÓ ECONÒMICA D´INCAPACITAT TEMPORAL PER CONTINGÈNCIES COMUNES

Nº CODI COMPTE COTITZACIÓ	DOCUMENT Nº	DURADA	INTERVENCIÓ

DADES DE L'EMPRESA

NOM O RAÓ SOCIAL		CIF/NIF
DOMICILI LEGAL		DIST. POSTAL - LOCALITAT
DOMICILI CENTRE DE TREBALL		DIST. POSTAL - LOCALITAT
TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC	

NOM	DNI	EN QUALITAT DE

Sol·licita de MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'associació a efectes de cobertura de la Prestació Econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes, fent constar veracitat de les dades que es detallen:

OPCIÓ EXERCITADA

Prestació Econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes.

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 Annex al Document de Proposició d'Associació, que ha de servir per regularitzar la seva situació com a empresari associat a través de la signatura de l'Annex al 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 a 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 disposen 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, accepta la proposta formulada per l'empresa per a la cobertura de la prestació econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes, 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*

EXEMPLAR PER A TRESORERIA

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

ANNEX AL DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ PRESTACIÓ ECONÒMICA D´INCAPACITAT TEMPORAL PER CONTINGÈNCIES COMUNES

Nº CODI COMPTE COTITZACIÓ	DOCUMENT Nº	DURADA	INTERVENCIÓ

DADES DE L'EMPRESA

NOM O RAÓ SOCIAL		CIF/NIF
DOMICILI LEGAL		DIST. POSTAL - LOCALITAT
DOMICILI CENTRE DE TREBALL		DIST. POSTAL - LOCALITAT
TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC	

NOM	DNI	EN QUALITAT DE

EXEMPLAR PER A L'EMPRESA

Sol·licita de MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'associació a efectes de cobertura de la Prestació Econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes, fent constar veracitat de les dades que es detallen:

OPCIÓ EXERCITADA

Prestació Econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes.

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 Annex al Document de Proposició d'Associació, que ha de servir per regularitzar la seva situació com a empresari associat a través de la signatura de l'Annex al 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 a 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 disposen 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, accepta la proposta formulada per l'empresa per a la cobertura de la prestació econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes, 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

ANNEX AL DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ PRESTACIÓ ECONÒMICA D´INCAPACITAT TEMPORAL PER CONTINGÈNCIES COMUNES

Nº CODI COMPTE COTITZACIÓ	DOCUMENT Nº	DURADA	INTERVENCIÓ

DADES DE L'EMPRESA

NOM O RAÓ SOCIAL		CIF/NIF
DOMICILI LEGAL		DIST. POSTAL - LOCALITAT
DOMICILI CENTRE DE TREBALL		DIST. POSTAL - LOCALITAT
TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC	

NOM	DNI	EN QUALITAT DE

Sol·licita de MAZ, Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social nº11, l'associació a efectes de cobertura de la Prestació Econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes, fent constar veracitat de les dades que es detallen:

OPCIÓ EXERCITADA

Prestació Econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes.

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 Annex al Document de Proposició d'Associació, que ha de servir per regularitzar la seva situació com a empresari associat a través de la signatura de l'Annex al 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 a 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 disposen 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, accepta la proposta formulada per l'empresa per a la cobertura de la prestació econòmica d'Incapacitat Temporal per Contingències Comunes, 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*

EXEMPLAR PER A LA MÚTUA