

**APÉNDICE DE LA PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN  
PARA LA PROTECCIÓN DE LAS CONTINGENCIAS  
DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL**

**1**

Código Cuenta Cotización (C.C.C.):	Régimen	Prov.	Número	Dígito Control
	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]
C.C.C. principal de la Empresa .....				
C.I.F./N.I.F. ....		Fecha inicial prevista para la cobertura .....		
Razón Social .....			Nombre Comercial .....	
Domicilio .....		Localidad .....		
Código Postal .....	Teléf. ....	Fax .....		
Actividad .....				

La Empresa proponente solicita de IBERMUTUAMUR, Mutua de la Seguridad Social nº 274, causar alta como empresario asociado para cubrir las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales previstas en el Sistema de la Seguridad Social, respecto a su personal incluido en el ámbito de aplicación de aquel, ello con sujeción a las normas legales vigentes sobre el particular, los Estatutos de la Mutua y las decisiones de sus órganos de gobierno, para cuyo efecto formaliza el presente documento con las siguientes declaraciones.

**PREVISIÓN SOBRE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA**

CNAE Y OCUPACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS	NÚMERO DE TRABAJADORES	TOTAL SALARIOS MENSUALES	TOTAL RETRIBUCIONES ANUALES

De conformidad con lo previsto en el artículo 61.3 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de Diciembre, la Empresa manifiesta (marque lo que proceda):

- Se adjunta informe del Comité de Empresa o delegado de personal.
- No se adjunta informe del Comité de Empresa o delegado de personal. Motivo .....
- No hay Comité de Empresa o delegado de personal.

A los efectos oportunos la Empresa hace constar que SI  NO  (márquese lo que proceda) es colaboradora en la gestión de la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales. (En caso afirmativo, la fecha de la autorización es la de: .....

Por la persona declarante se confirma que los datos consignados en el presente documento, responden a la realidad de la Empresa en cuyo nombre actúa, no habiéndose por la misma ocultado ni desfigurado detalle alguno que pueda inducir a error en la apreciación de las contingencias para cuya cobertura interesa se formalice el oportuno Documento de Asociación.

Por la Mutua, no deduciéndose de los datos declarados el que la Empresa Proponente resulte incurso en impedimento que obste la formalización en su momento de la asociación interesada, se acepta la presente proposición.

Conforme  
La Mutua



En .....

Por la Empresa Proponente

Fdo.: D./Dª .....

N.I.F.: .....

**NOTA IMPORTANTE:**

Se debe cumplimentar una sola Proposición de Asociación para el primer código de cuenta de cotización de la Empresa con la Mutua. Si la empresa tiene más códigos de cuenta cotización, cumplimentará por cada uno de ellos un apéndice a la Proposición de Asociación.

**Ver al dorso la información detallada sobre protección de datos.**

### **Información detallada sobre protección de datos:**

La persona que presenta este documento manifiesta que dispone de representación suficiente, que los datos son ciertos y que si se facilitan datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUAMUR) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutuamur.es](mailto:atencionalcliente@ibermutuamur.es), pudiendo contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: [dpd@ibermutuamur.es](mailto:dpd@ibermutuamur.es)

**Finalidades del tratamiento:** Los datos personales serán tratados para tramitar, mantener, desarrollar y gestionar por IBERMUTUAMUR las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y/o las prestaciones económicas por incapacidad, así como para el envío de documentación y llevar a cabo la gestión económica, contable y administrativa. Siendo la base de licitud del tratamiento la ejecución de una relación contractual y el cumplimiento de la obligación legal de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social y, su caso, a requerimiento de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos por la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: [derechosdatospersonales@ibermutuamur.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutuamur.es), concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad. Asimismo, se le informa del derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos C/Jorge Juan nº 6, 28001-Madrid ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)).

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutuamur.es](http://www.ibermutuamur.es)