

Empresa					NIF/CIF		
Dirección			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia				
CCC Principal		Otras CCC			Fecha de vencimiento		

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE:

.....

De acuerdo con lo establecido en el apartado 4.2. b) de la instrucción cuarta de la Circular 3-005 de 11/03/2004 de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre la formalización de la cobertura de Riesgos Profesionales y la opción de cobertura por parte de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social por contingencias comunes; adjuntamos la documentación que a continuación se relaciona:

- Certificado de cese de la mutua anterior.
- Documento de proposición de asociación a Activa Mutua 2008.
-
-
-

Señores,

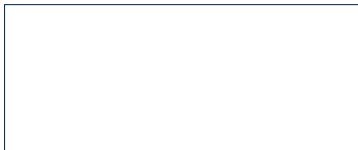
Estamos interesados en conocer los servicios que ACTIVA MUTUA 2008 ofrece a las empresas asociadas y a sus empleados.

Es por eso que nos ponemos en contacto con Ustedes para conocer cómo gestionan las prestaciones para la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y/o enfermedades comunes.

Les estaríamos muy agradecidos si pudieran enviarnos un catálogo con información y/o se pusieran en contacto con nosotros; por lo que les invitamos formal y expresamente.

Agradeciendo la atención recibida y esperando recibir noticias tuyas, les saludamos atentamente,

Firma y sello de la Empresa



Sr./Sra.:

NIF:

Cargo:

....., a de de 20.....

Empresa		NIF/CIF		Fecha de vencimiento				
Dirección				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia					
CCC Principal		Otros CCC						
Número de la Mutua		Nombre de la Mutua						
Dirección			C.P.	Población				

Señores,

Les solicitamos que consideren de baja, en el próximo vencimiento, el Documento de Asociación que tenemos suscrito con esta Mutua para la cobertura del riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal de esta Empresa para la totalidad de centros protegidos.

Con la finalidad de poder efectuar los trámites oportunos y de acuerdo con la normativa legal vigente, según establece la Ley 35/2014 de 26 de Diciembre, esperamos nos envíen la certificación de cese en calidad de asociados a esta Mutua en el plazo de 10 días a partir de la fecha de recepción de este escrito.

Con la confianza de vernos complacidos, les saludamos atentamente,

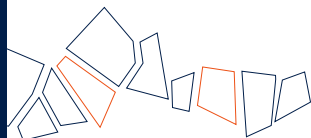
Firma y sello de la Empresa

Sr./Sra.:

NIF:

Cargo:

....., a de de 20.....

**DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN**

Página 1 de 1

Código cuenta cotización	Fecha de alta S.S.	Fecha de efecto	Fecha de vto.	Nueva creación	Mutua anterior		
Empresa			NIF/CIF/NIE	CCC Principal			
Dirección			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Población		Provincia				
Teléfono	Teléfono móvil	Fax	Dirección de correo electrónico				
Situación del centro de trabajo			C.P.	Población		Provincia	
Teléfono	Teléfono móvil	Fax	Dirección de correo electrónico				
CNAE	Actividad de la empresa			Tipo de cotización			
			IT	IMS	TOTAL		

	OCUPACIONES Y SITUACIONES (para todas las actividades)	IT	IMS	TOTAL
	Personal en trabajos exclusivos de oficina	0,65	0,35	1,00
	Representantes de comercio	1,00	1,00	2,00
	Personal de oficios en instalaciones y reparaciones en edificios, obras y trabajos de construcción en general	3,35	3,35	6,70
	Conductores de vehículos automóviles de transporte de mercancías que tengan una capacidad de carga útil superior a 3,5T	3,35	3,35	6,70
	Personal de limpieza en general. Limpieza de edificios y de toda clase de establecimientos. Limpieza de calles	2,10	1,50	3,60
	Vigilantes, guardias, guardias jurados y personal de seguridad	1,40	2,20	3,60

INFORME EMITIDO POR EL DELEGADO DE PERSONAL O POR EL COMITÉ DE EMPRESA

<input type="checkbox"/> Se adjunta.
<input type="checkbox"/> No se adjunta por no existir órgano de representación de los trabajadores.
<input type="checkbox"/> No se adjunta por otros motivos. Especificarlos:

La empresa

--

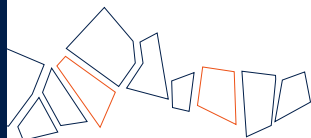
Director Gerente
Activa Mutua - Mutua colaboradora con la Seguridad Social

Sr./Sra.:

NIF:

Cargo:

....., adede 20.....



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

Página 1 de 1

Empresa			NIF/CIF/NIE	CCC Principal			
Titular			CCC secundarios				
Dirección			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Población		Provincia				
Teléfono	Teléfono móvil	Fax	Dirección de correo electrónico				
Situación del centro de trabajo			C.P.	Población		Provincia	
Teléfono	Teléfono móvil	Fax	Dirección de correo electrónico				
CNAE	Actividad de la empresa						

OPCIÓN EJERCITADA

La opción ejercitada es la prestación económica de la Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes.

PRESTACIONES CUBIERTAS

Las prestaciones cubiertas son las correspondientes al subsidio por enfermedad común o accidente no laboral de los trabajadores que presten sus servicios en los centros de trabajo, cuyos códigos de cuenta de cotización figuren en el presente anexo al documento de proposición de asociación, en la cuantía y en sujeción a las condiciones reguladas para esta prestación en el régimen de la Seguridad Social que están encuadrados.

INFORME EMITIDO POR EL DELEGADO DE PERSONAL O POR EL COMITÉ DE EMPRESA

Se adjunta.

No se adjunta por no existir órgano de representación de los trabajadores.

No se adjunta por otros motivos. Especificarlos:

La Empresa



Director Gerente
Activa Mutua - Mutua colaboradora con la Seguridad Social

Sr./Sra.:

NIF:

Cargo:

....., adede 20.....

Empresa								
Dirección				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Localidad			Provincia				

Señores,

El Reglamento General sobre Colaboración en la Gestión de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social establece que el Convenio de Asociación de una Empresa con una Mutua de Accidentes perdure un año, tácitamente prorrogable, salvo que la Empresa denuncie el mismo con una antelación de un mes a su vencimiento.

Formalmente les comunicamos la decisión de esta Empresa de denunciar el Convenio de Asociación que nos une con la Mutua:

La Empresa ha decidido que la nueva Entidad sea ACTIVA MUTUA 2008, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social n.º 3.

Conforme al mencionado Reglamento, la Empresa, con carácter previo a la suscripción del correspondiente Documento de Asociación con la nueva Entidad, requiere a los/las representantes de los trabajadores informe en cuanto a la decisión empresarial de efectuar el cambio de Entidad Colaboradora.

Le ruego que firme la presente comunicación, con la única y exclusiva finalidad de acreditar su recepción.

Atentamente,

Firma y sello de la Empresa

Sr./Sra.:

NIF:

Cargo:

Por la presente, yo	con DNI
y en calidad de	
de la empresa	con NIF/CIF

CERTIFICO:

Que los trabajadores al servicio de esta empresa no cuentan con Órganos de Representación, dado que no han ejercido el derecho que los asiste a convocar elecciones para constituir estos órganos, tampoco han sido promovidas por el resto de agentes sociales competentes para efectuarlas. Esta Empresa, según la normativa vigente, no posee potestad alguna para promover la elección de la representación del personal a su servicio.

Y para que conste, firmo el presente certificado, en, a de de 20.....

Sr./Sra.							
Dirección			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia				
Empresa		CIF	CCC Principal				

OTORGA SU REPRESENTACIÓN AL

Sr./Sra.			NIF				
Con domicilio a efectos de notificaciones:							
Dirección			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C.P.	Localidad		Provincia				

Para que actúe ante las MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL y la TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL en el procedimiento administrativo instado por la Empresa con la finalidad que se presente la solicitud de baja y se inscriba el cambio de ENTIDAD COLABORADORA a la cual está asociada, conforme a lo establecido en el artículo 17 del Real Decreto 84/1996 de 26 de enero, podrá ejercitar única y exclusivamente en relación a este procedimiento las siguientes facultades: facilitar la práctica de todas las actuaciones que sean precisas para la instrucción del expediente, aportar tantos datos y documentos como se soliciten o interesen, recibir todo tipo de comunicaciones, formular peticiones y solicitudes, presentar escritos y alegaciones, manifestar su decisión de no efectuar alegaciones ni aportar nuevos documentos en el correspondiente trámite de audiencia o renunciar a otros derechos, suscribir diligencias y otros documentos que pueda extender el órgano competente y, en general, realizar cuantas actuaciones correspondan al/a los representante/s en el curso de este procedimiento.

ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN

Con la firma del presente escrito, el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del/de los otorgante/s, así como de la/s copia/s de los poderes de representación del otorgante que acompañan a este documento.

El/los otorgante/s

El representante



TA.7

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE ALTA, BAJA Y VARIACIÓN DE DATOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN

C.C.C.

FECHA DE INICIO O CESE DE ACTIVIDAD, O VARIACIÓN DE DATOS

Día Mes Año

1. DATOS DEL EMPRESARIO SOLICITANTE

1.1 NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE O RAZÓN SOCIAL 1.2 CCC PRINCIPAL

1.3 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X")

D.N.I.: C.I.F.: TARJETA DE EXTRANJERO: OTRO DOCUMENTO: 1.4 Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO 1.5 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con una "X" la opción correcta)

ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS

2.1 CAUSA DEL ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS

3. DATOS DE ENCUADRAMIENTO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

3.1 RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (Marque con "X")

RÉGIMEN GENERAL, RÉGIMEN ESPECIAL DEL MAR, RÉGIMEN ESPECIAL DE LA MINERÍA DEL CARBÓN, SEGURO ESCOLAR, CONCIERTO DE ASISTENCIA SANITARIA

3.2 Si el RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL es el GENERAL marque con "X" si se trata de alguno de los siguientes colectivos

ARTISTAS, PROFESIONALES TAURINOS, REPRESENTANTES DE COMERCIO

3.4 Si el RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL es el ESPECIAL DEL MAR marque con "X" el GRUPO DE COTIZACIÓN que corresponda y el identificador de la embarcación

GRUPOS: I, IIA, IIB, III IDENTIFICADOR DE LA EMBARCACIÓN

3.3 Si el RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL es GENERAL marque con "X" si está incluido en algún sistema especial

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO, SISTEMA ESPECIAL EMPLEADOS DE HOGAR, FRUTAS, HORTALIZAS E INDUSTRIAS DE CONSERVAS VEGETALES, MANIPULADO Y EMPAQUETADO DE TOMATE FRESCO, TRABAJADORES FIJOS DISCONTINUOS DE EMPRESAS DE EXHIBICIÓN CINEMATOGRAFICA, TRABAJADORES FIJOS DISCONTINUOS DE EMPRESAS DE ESTUDIO DE MERCADO Y OPINIÓN PÚBLICA, OTROS

4. DOMICILIO PARTICULAR O SOCIAL

TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, CÓD. POSTAL, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO FIJO

5. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

5.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA 5.2 I.A.E. 5.3 CÓDIGO CNAE 2009

5.4 CONVENIO COLECTIVO (CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN)

5.5 MÁRQUESE CON UNA "X" SI SE TRATA DE :

E.T.T.: TRABAJADORES DE ESTRUCTURA, TRABAJADORES CEDIDOS, CENTRO DOCENTE, SUBVENCIONADO, NO SUBVENCIONADO, CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO

5.6 TRABAJADORES CTA. AJENA O ASIMILADOS CON EXCLUSIONES DE COTIZACIÓN

5.7 TRABAJADORES DEL RÉGIMEN GENERAL CON COEFICIENTE REDUCTOR DE LA EDAD DE JUBILACIÓN

FERROVIARIOS, PERSONAL DE VUELO AÉREO, ESTATUTO DEL MINERO

TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, CÓD. POSTAL, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO FIJO

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

DOMICILIO PARTICULAR O SOCIAL (PUNTO 4.1), DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (PUNTO 5.8)

7. DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA

7.1 ENTIDAD ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES (Nº Y DENOMINACIÓN) 7.2 ENTIDAD CON LA QUE CUBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES MARQUE CON UNA "X": ENTIDAD GESTORA, MUTUA

8. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO, TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Fecha: Firma

REPRESENTANTE (FECHA, FIRMA Y SELLO)

Fecha: Firma

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA TGSS:

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.