



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

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: .....

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