

NÚMERO				CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN				CÓDIGO CUENTA PRINCIPAL				REPRESENTACIÓN					
REG.		PROV.		NÚMERO		D.C.		REG.		PROV.		NÚMERO		D.C.		<input type="text"/> <input type="text"/>	
FECHA EFECTO:		Día		Mes		Año		DELEGACIÓN		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	

EMPRESA									
Razón social				Nombre Comercial (si lo hubiese)					
Domicilio				Localidad		C.P.		Provincia	
CIF / NIF		Tel.		Fax		E-mail			

### OPCIÓN DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

Mediante la firma del presente documento, la Empresa de referencia opta porque la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de la totalidad de sus trabajadores, se lleve a efecto por MUTUA UNIVERSAL. Mugenat. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 10, en los términos y condiciones que resulten de la aplicación del Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, aprobado por el Real Decreto 1995/1995, de 7 de Diciembre.

**Obligaciones de la Empresa.** La Empresa habrá de cumplir las obligaciones a que se refiere el Real Decreto 1995/1995, de 7 de Diciembre, y demás normativas aplicables. Igualmente, estará sometida a las actuaciones de seguimiento y control médico establecidas en el artículo 73 del referido Real Decreto.

**Reconocimiento y pago de prestaciones.** La Mutua asume el reconocimiento del derecho de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de los trabajadores empleados por la Empresa, siendo a cargo de aquélla el importe de la prestación a satisfacer, en la cuantía y condiciones reguladas para dicha prestación en el Régimen de la Seguridad Social en que estén encuadrados.

**Duración de la opción.** Esta opción, que se une a la formalización del Documento de Proposición de Asociación y a la vigencia del mismo, se mantendrá hasta el último día del mes de vencimiento recogido en el Documento de Asociación, entendiéndose prorrogada tácitamente, por periodos anuales. No obstante, respetando el periodo anual a que se alude anteriormente, la Empresa podrá renunciar a esta cobertura por la Mutua, sin que ello implique alterar sus restantes derechos y obligaciones como asociado a la Entidad, a cuyo efecto cursará a esta Mutua notificación, que deberá realizarse debidamente y con una antelación mínima de un mes a la fecha de vencimiento del Convenio de Asociación. Realizada esta renuncia, la Empresa no podrá acogerse nuevamente a la cobertura por esta Mutua de la prestación económica por incapacidad temporal por contingencias comunes de su personal, hasta el próximo vencimiento de su Convenio de Asociación, en cuyo momento podrá efectuar nueva comunicación al respecto a la Entidad, también con una antelación mínima de un mes a la fecha de dicho vencimiento.

#### INFORME DE LOS ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN DEL PERSONAL

Se adjunta		No se adjunta	
<input type="checkbox"/> DE DELEGADO DE PERSONAL	<input type="checkbox"/> DE COMITÉ DE EMPRESA	<input type="checkbox"/> POR NO EXISTIR	<input type="checkbox"/> OTRAS RAZONES (Indicar cuales)

Este anexo quedará unido al documento de referencia y a partir de su fecha de entrada en vigor tendrá el mismo valor y efecto que si formara parte de él.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

SELLO DE LA ENTIDAD GESTORA

POR LA MUTUA

<b>NÚMERO</b>				<b>CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN</b>				<b>CÓDIGO CUENTA PRINCIPAL</b>				<b>REPRESENTACIÓN</b>	
REG. PROV. NÚMERO D.C.				REG. PROV. NÚMERO D.C.				REG. PROV. NÚMERO D.C.				<input type="text"/> <input type="text"/>	
FECHA EFECTO:      Día      Mes      Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												<b>DELEGACIÓN</b>	
												<input type="text"/> <input type="text"/>	

**EMPRESA**

Razón social						Nombre Comercial (si lo hubiese)							
Domicilio				Localidad				C.P.		Provincia			
CIF / NIF				Tel.		Fax		E-mail					

### OPCIÓN DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

Mediante la firma del presente documento, la Empresa de referencia opta porque la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de la totalidad de sus trabajadores, se lleve a efecto por MUTUA UNIVERSAL. Mugenat. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 10, en los términos y condiciones que resulten de la aplicación del Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, aprobado por el Real Decreto 1995/1995, de 7 de Diciembre.

**Obligaciones de la Empresa.** La Empresa habrá de cumplir las obligaciones a que se refiere el Real Decreto 1995/1995, de 7 de Diciembre, y demás normativas aplicables. Igualmente, estará sometida a las actuaciones de seguimiento y control médico establecidas en el artículo 73 del referido Real Decreto.

**Reconocimiento y pago de prestaciones.** La Mutua asume el reconocimiento del derecho de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de los trabajadores empleados por la Empresa, siendo a cargo de aquélla el importe de la prestación a satisfacer, en la cuantía y condiciones reguladas para dicha prestación en el Régimen de la Seguridad Social en que estén encuadrados.

**Duración de la opción.** Esta opción, que se une a la formalización del Documento de Proposición de Asociación y a la vigencia del mismo, se mantendrá hasta el último día del mes de vencimiento recogido en el Documento de Asociación, entendiéndose prorrogada tácitamente, por periodos anuales. No obstante, respetando el periodo anual a que se alude anteriormente, la Empresa podrá renunciar a esta cobertura por la Mutua, sin que ello implique alterar sus restantes derechos y obligaciones como asociado a la Entidad, a cuyo efecto cursará a esta Mutua notificación, que deberá realizarse debidamente y con una antelación mínima de un mes a la fecha de vencimiento del Convenio de Asociación. Realizada esta renuncia, la Empresa no podrá acogerse nuevamente a la cobertura por esta Mutua de la prestación económica por incapacidad temporal por contingencias comunes de su personal, hasta el próximo vencimiento de su Convenio de Asociación, en cuyo momento podrá efectuar nueva comunicación al respecto a la Entidad, también con una antelación mínima de un mes a la fecha de dicho vencimiento.

**INFORME DE LOS ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN DEL PERSONAL**

Se adjunta		No se adjunta	
<input type="checkbox"/> DE DELEGADO DE PERSONAL	<input type="checkbox"/> DE COMITÉ DE EMPRESA	<input type="checkbox"/> POR NO EXISTIR	<input type="checkbox"/> OTRAS RAZONES (Indicar cuales)

Este anexo quedará unido al documento de referencia y a partir de su fecha de entrada en vigor tendrá el mismo valor y efecto que si formara parte de él.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

SELLO DE LA ENTIDAD GESTORA

POR LA MUTUA

NÚMERO				CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN				CÓDIGO CUENTA PRINCIPAL				REPRESENTACIÓN	
REG. PROV. NÚMERO D.C.				REG. PROV. NÚMERO D.C.				REG. PROV. NÚMERO D.C.				REG. PROV. NÚMERO D.C.	
FECHA EFECTO:				Día		Mes		Año		DELEGACIÓN			

EMPRESA					
Razón social				Nombre Comercial (si lo hubiese)	
Domicilio			Localidad		C.P. Provincia
CIF / NIF		Tel.		Fax E-mail	

**OPCIÓN DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES**

Mediante la firma del presente documento, la Empresa de referencia opta porque la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de la totalidad de sus trabajadores, se lleve a efecto por MUTUA UNIVERSAL. Mugemat. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Nº 10, en los términos y condiciones que resulten de la aplicación del Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, aprobado por el Real Decreto 1995/1995, de 7 de Diciembre.

**Obligaciones de la Empresa.** La Empresa habrá de cumplir las obligaciones a que se refiere el Real Decreto 1995/1995, de 7 de Diciembre, y demás normativas aplicables. Igualmente, estará sometida a las actuaciones de seguimiento y control médico establecidas en el artículo 73 del referido Real Decreto.

**Reconocimiento y pago de prestaciones.** La Mutua asume el reconocimiento del derecho de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de los trabajadores empleados por la Empresa, siendo a cargo de aquélla el importe de la prestación a satisfacer, en la cuantía y condiciones reguladas para dicha prestación en el Régimen de la Seguridad Social en que estén encuadrados.

**Duración de la opción.** Esta opción, que se une a la formalización del Documento de Proposición de Asociación y a la vigencia del mismo, se mantendrá hasta el último día del mes de vencimiento recogido en el Documento de Asociación, entendiéndose prorrogada tácitamente, por periodos anuales. No obstante, respetando el periodo anual a que se alude anteriormente, la Empresa podrá renunciar a esta cobertura por la Mutua, sin que ello implique alterar sus restantes derechos y obligaciones como asociado a la Entidad, a cuyo efecto cursará a esta Mutua notificación, que deberá realizarse debidamente y con una antelación mínima de un mes a la fecha de vencimiento del Convenio de Asociación. Realizada esta renuncia, la Empresa no podrá acogerse nuevamente a la cobertura por esta Mutua de la prestación económica por incapacidad temporal por contingencias comunes de su personal, hasta el próximo vencimiento de su Convenio de Asociación, en cuyo momento podrá efectuar nueva comunicación al respecto a la Entidad, también con una antelación mínima de un mes a la fecha de dicho vencimiento.

Ejemplar para la Empresa

INFORME DE LOS ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN DEL PERSONAL			
Se adjunta		No se adjunta	
<input type="checkbox"/> DE DELEGADO DE PERSONAL	<input type="checkbox"/> DE COMITÉ DE EMPRESA	<input type="checkbox"/> POR NO EXISTIR	<input type="checkbox"/> OTRAS RAZONES (Indicar cuales)

Este anexo quedará unido al documento de referencia y a partir de su fecha de entrada en vigor tendrá el mismo valor y efecto que si formara parte de él.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

SELLO DE LA ENTIDAD GESTORA

POR LA MUTUA



D. \_\_\_\_\_  
 D.N.I. \_\_\_\_\_  
 En calidad de \_\_\_\_\_

Los espacios sombreados serán cumplimentados por Mutua Universal