

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ASOCIACIÓN

D. A. nº	Efecto	Colaborador	Clave	Código cuenta cotización asignado

Empresa	CIF/NIF	Teléfono
Domicilio	Localidad	Código postal
Domicilio del Centro de Trabajo	Localidad	

1. Otros códigos cuenta cotización

C.C.C.	Causa apertura	Fecha asignación	C.C.C.	Causa apertura	Fecha asignación

2. Actividad económica y régimen de la seguridad social

Actividad económica	Clave C.N.A.E.	Nº Trabajadores
Régimen / Sector de la Seguridad Social	Sistema especial de la Seguridad Social	
Causa de la apertura	Fecha de la apertura	C.C.C. Antecesora

Solicita de **umivale Activa**, la asociación a la misma para la protección de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, haciendo constar los siguientes datos:

3. Informe emitido por el comité de empresa o delegado de personal

<input type="checkbox"/> Se Adjunta
<input type="checkbox"/> No se adjunta por no existir dicho órgano de representación.
<input type="checkbox"/> No se adjunta. (Otros motivos), en su caso indíquese cuales:

4. Otros datos de la actividad

¿Realiza la empresa alguna actividad de las comprendidas en el cuadro de Enfermedades Profesionales (EP)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Realiza reconocimientos médicos previos y periódicos a su personal con riesgo de EP?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

5. Tarificación

C.N.A.E.	TÍTULO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	% I.T.	% I.M.S.	TOTAL

La empresa declara que los anteriores códigos y títulos de actividad son los que se corresponden con la realidad y se compromete a adecuar sus tipos de cotización a la realidad existente en cada momento en la empresa, en los porcentajes legalmente aplicables, y desea que la asociación tenga efecto a partir de las 0 horas del día _____ de _____ de _____

D./D^a.: _____ con D.N.I _____ en calidad de _____

Firmado

Firmado **umivale Activa**