

REPRESENTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE MUTUA INTERCOMARCAL

D/D^a _____ , con DNI/NIE _____

Con domicilio en _____

OTORGA SU REPRESENTACION

A D/D^a _____ , con DNI/NIE _____

A los efectos de realizar exclusivamente ante la Mutua Intercomarcal, Mutua Colaboradora de la Seguridad Social nº 039, en nombre del representado, el siguiente trámite electrónico:

(marcar con una cruz)

<input type="checkbox"/>	Pago directo por incapacidad temporal
<input type="checkbox"/>	Cese de actividad de trabajadores autónomos
<input type="checkbox"/>	Riesgo durante el embarazo y la lactancia
<input type="checkbox"/>	Cuidado de menores con enfermedad grave
<input type="checkbox"/>	Otros: (indicar cual)

ACEPTACION DE LA REPRESENTACION

Con la firma del presente escrito el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del otorgante, así como de la copia de DNI/NIE del mismo que acompañará a la solicitud del trámite.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

El/la otorgante

El/la representante

IMPORTANTE: Este documento deberá ser remitido como anexo junto con la solicitud o trámite electrónico efectuado, estando obligado el representante a conservar la copia original del mismo.

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra *política de privacidad* (www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos (lopd@mutua-intercomarcal.com) o por correo postal (Avenida Icaria, 133-135 /08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.