

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

D/Dª con DNI – NIE-TIE
 que desempeña en la empresa el cargo de
 CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------|--------|--------------------------------|----------|--------|---------------|
| Nombre o razón social | | | | Código de cuenta de cotización | | | |
| Domicilio | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Código Postal |
| Localidad | | Provincia | | | Teléfono | | |

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

| | | | | | | | |
|----------------------|--|----------------------|--------|-----------|--|-------------------------------|--|
| Apellidos y Nombre | | DNI- NIE-TIE | | | | | |
| Domicilio | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | |
| Código postal | | Localidad | | Provincia | | Número de la Seguridad Social | |
| Profesión: | | Grupo de cotización: | | | Fecha de suspensión del contrato de trabajo: | | |
| Tipo/código contrato | | Fecha finalización | | | | | |

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

| a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|---|--|--|--|
| Base AT/EP | | Núm. de días | | Base de contingencias profesionales | | Núm. de días | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Bases de cotización, por horas extraordinarias y otros ^(*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Base AT/EP | | Núm. de días | | Base de contingencias profesionales | | Núm. de días | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mes</th> <th>Núm.días cotizados</th> <th>Base de cotizacion AT/EP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">TOTALES</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Mes | Núm.días cotizados | Base de cotizacion AT/EP | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTALES | | | | <p>RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA</p> <p>Trabajadora Fija Eventual</p> <p>Núm. jornadas reales mes anterior a la baja</p> <p>Salario real de la trabajadora €/día</p> | | | |
| | Mes | Núm.días cotizados | Base de cotizacion AT/EP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

....., ade 20.....

^(*)Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato.

Firma y sello

"L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales incluidos en el presente documento y los que se faciliten con posterioridad, bien por el interesado, bien por la seguridad social, se incorporarán a un fichero de MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, para la tramitación y gestión de la prestación a la que pueda tener derecho.

El interesado consiente expresamente a que Mutua Balear trate sus datos de salud, incluidos los que figuran en los historiales médicos que la entidad posee, con la finalidad indicada de tramitación y gestión de la posible prestación.

Así mismo, el interesado consiente en que sus datos, incluidos los de salud, sean comunicados a la Seguridad Social con la finalidad antes indicada.

Si el interesado facilita datos de terceros, manifiesta que dispone de su consentimiento y que trasladará a éstos la información sobre los ficheros que aquí se le facilita.

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO, C/ Bisbe Campins, 4. 07012 – Palma de Mallorca."