

## CERTIFICADO DE EMPRESA REGIMEN AGRARIO CUENTA AJENA

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

**Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es**

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pasaporte N° \_\_\_\_\_

Que desempeña en la empresa el cargo de \_\_\_\_\_

CERTIFICA QUE, a efectos de solicitud de prestación por Incapacidad Temporal (IT) por el/la trabajador/a abajo mencionado/a, que son ciertos los datos relativos a la Empresa, así como los personales, profesionales y de cotización del trabajador/a que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA			
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / /	
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO

### 2. DATOS DEL TRABAJADOR / TRABAJADORA

DATOS PERSONALES	APELLIDOS Y NOMBRE					DNI/NIE/PASAPORTE	
	DOMICILIO	NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	CÓDIGO POSTAL

DATOS SEG. SOCIAL	Nº AFILIACIÓN S.S. / /	GRUPO COTIZACIÓN
-------------------	---------------------------	------------------

DATOS LABORALES	PROFESIÓN	CATEGORÍA	FECHA ALTA EN EMPRESA / /	FECHA BAJA EN EMPRESA (1) / /
	TIPO CONTRATO (2)	FECHA EXTINCIÓN CONTRATO / /	CAUSA EXTINCIÓN (3)	
	Nº DÍAS VACACIONES ANUALES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS ANTES DEL CESE (4): ____		PERÍODO: / / A / /	

DATOS I.T.	FECHA BAJA MÉDICA / /	ÚLTIMO DÍA ABONADO / /
------------	--------------------------	---------------------------

### 3. COTIZACIONES (Bases de cotización de meses anteriores a la baja médica (5), o en su defecto, del mismo mes)

AÑO	MES	DÍAS COTIZADOS (6)	BASE COTIZACIÓN CC	BASE COTIZACIÓN CP (7)	HORAS EXTRA	TRABAJADOR CON:
						<input type="checkbox"/> CONTRATO INDEFINIDO
						<input type="checkbox"/> CONTRATO DE DURACIÓN DETERMINADA
						<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN MENSUAL
						<input type="checkbox"/> CONTRATO POR JORNADAS REALES
						FECHA DEL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO / /
						NÚMERO DE JORNADAS REALES TRABAJADAS EN EL ÚLTIMO MES DE TRABAJO ____
Vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese en la empresa (8)						
Observaciones (9)						

CC: Contingencia Común CP: Contingencia Profesional (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional)

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Antes de firmar este formulario, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.**

**Información básica sobre privacidad**

Responsable: MUTUA BALEAR | Finalidad: Evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Legitimación: Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la Mutua por la normativa aplicable en materia de seguridad social, cumplimiento de obligaciones en materia fiscal, contable, de seguridad social y sanitaria. Interés legítimo para la evaluación de los servicios de la Mutua | Destinatarios: Sus datos sólo serán comunicados a terceros por obligación legal, con su consentimiento o cuando sea necesario para la gestión y el control de las prestaciones, por ejemplo a administraciones o entidades que tengan competencia y control de las prestaciones y a otras mutuas con las que MUTUA BALEAR colabora | Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional. | Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalea.es/portal-privacidad> | Contacto DPD: [dpd@mutuabalea.es](mailto:dpd@mutuabalea.es)

## INSTRUCCIONES

**INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE**

En caso de existir pluriempleo se deberá presentar un certificado de empresa por cada relación laboral.

**INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN PARA LA EMPRESA**

- (1) Para trabajadores con contrato de duración determinada se cumplimentará con la fecha prevista de finalización del contrato en vigor.
- (2) Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo-discontinuo, administrativo, etc.
- (3) Por extinción del contrato durante el período de prueba, finalización del contrato, a instancia del empresario (despido procedente, improcedente o causa objetiva), expediente de regulación de empleo, etc.
- (4) Se hará constar, en su caso, el período que corresponde a las vacaciones anuales retribuidas que no haya sido disfrutado con anterioridad a la finalización de la relación laboral, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 268.3 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de Octubre (BOE del día 31).
- (5) En este apartado se debe cumplimentar las bases de cotización siguientes:
  1. Cuando exista fecha prevista de extinción de la relación laboral, hasta 6 meses naturales completos anteriores a los de la baja médica. En este supuesto, si la extinción de la relación laboral se va a producir en medio de un mes, se indicará el número de días exactos hasta la fecha de dicha extinción, correspondiente a ese mes y se añadirán los necesarios, mes a mes, hasta completar un total de 180 días.
  2. Cuando no exista fecha prevista de extinción de la relación laboral, las correspondientes al mes anterior al de la fecha de la baja médica, o en su caso del mismo mes.
- (6) Indicar el número de días cotizados o de jornadas reales realizadas en el mes. Si han de cumplimentarse las bases de cotización correspondientes al mes de la baja médica, para dicho mes se consignarán las jornadas reales realizadas (o en su caso los días trabajados) y los previstos por realizar hasta fin de mes.
- (7) Se excluirán de las bases de cotización las correspondientes a las horas extraordinarias.
- (8) Si no hay vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese, o corresponden a una relación laboral inferior a 12 días, se hará constar cero. Si hay, en todo caso, se han de redondear al entero superior.
- (9) Indicar cualquier otra circunstancia especial referida a la cotización (huelga, suspensión por sanción sin empleo y sueldo, etc). En el caso de no disponer del espacio suficiente, puede adjuntar una hoja.

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196