MUTUA BALEAR

CERTIFICADO EMPLEADOR **HOGAR**

PDF con formulario interactivo. *Puede rellenar los campos desde su ordenador, guardar e imprimir este documento*

CERTIFICADO DEL EMPLEADOR
SISTEMA ESPECIAL EMPLEADOS DE HOGAR DEL REGIMEN GENERAL

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 Nº _____
en calidad de empleador

CERTIFICA QUE, son ciertos los datos relativos a las circunstancias personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de (1) Seleccione

1. DATOS DEL EMPLEADOR

APELLIDOS Y NOMBRE				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. / /	TRAMO DE COTIZACIÓN *Consulte en nuestra web o aquí los tramos de cotización* Elija Tramo					
DATOS LABORALES	TIPO CONTRATO ☐ TIEMPO COMPLETO ☐ TIEMPO PARCIAL	FECHA INICIO ACTIVIDAD / /	FECHA INTERRUPCIÓN ACTIVIDAD (2) / /	FECHA PREVISTA FIN DE CONTRATO / /			

3. COTIZACIONES Base cotización meses anteriores a fecha inicio prestación, o en su defecto del mismo mes (3)

AÑO	MES	DÍAS COTIZADOS	BASE COTIZACIÓN CC	OBSERVACIONES

CC: Contingencia Común

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___

IMPRIMIR GUARDAR

BORRAR TODO
¡No se puede deshacer!

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.mutuabalear.es/portal-privacidad | **Contacto DPD:** dpd@mutuabalear.es

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196

900 173 174
tresminutos.es cuidamostusalud.org mutuabalear.es elautonomo.es

INSTRUCCIONES

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

Este certificado se utilizará para las solicitudes de prestaciones de los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General incluidos en el sistema Especial de Empleados de Hogar.

Si el/la solicitante estuviera trabajando para varios empleadores se aportarán tantos certificados como sean necesarios.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN PARA EL EMPLEADOR

(1) El empleador identificará la finalidad de la expedición del certificado a efectos de la prestación que se pretende solicitar (Incapacidad Temporal, Riesgo durante el embarazo y Riesgo durante la lactancia natural).

(2) Debe indicar la fecha que corresponda, según la prestación solicitada:
- En la incapacidad temporal, la de baja médica
- En los riesgos durante el embarazo/lactancia natural, la de suspensión del contrato de trabajo por esta causa.

(3) Se reflejará la base de cotización del mes anterior a la baja médica. Si se trata de un contrato a tiempo parcial se deberán incluir las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la baja.

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196