

CERTIFICAT D'EMPRESA JUBILATS PARCIAIS

Empleni aquest imprès de la manera més exacta possible per tal de facilitar la tramitació de la seva prestació. Abans de començar, llegeixi detingudament les instruccions. Recomanem que escrigui amb l'ordinador per evitar errors d'interpretació. Si escriu a mà, utilitzi lletres majúscules i escrigui amb claredat.

Telèfon de contacte: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SEGELL D'ENTRADA

Nº d'expedient:

Sr./Sra. _____ amb DNI/NIE/Passaport Nº _____

Que exerceix a l'empresa el càrrec de _____

CERTIFICA, a l'efecte de sol·licitud de prestació per incapacitat temporal (IT) per al treballador/a esmentat/da més avall, que són certes les dades relatives a l'empresa, com també les personals, professionals i de cotització del treballador/a que a continuació es consignen:

1. DADES DE L'EMPRESA

RAÓ SOCIAL		CODI COMPTE DE COTITZACIÓ / /	
DOMICILI COMPLET (AV., CARRER, PLAÇA, ...)			CODI POSTAL
LOCALITAT	PROVÍNCIA	PAÍS	TELÈFON

2. DADES DEL TREBALLADOR / TREBALLADORA

DADES PERSONALS	COGNOMS I NOM					DNI/NIE/PASSAPORT		
	DOMICILI	NÚMERO	BLOC	ESCALA	PIS	PORTA	CODI POSTAL	

DADES SEG. SOCIAL	Nº AFILIACIÓ S.S. / /	GRUP COTITZACIÓ Seleccioni el grup
-------------------	--------------------------	---------------------------------------

DADES LABORALS	TIPUS DE CONTRACTE		PERCENTATGE PARCIALITAT
	PROFESSIÓ	CATEGORIA	DATA JUBILACIÓ PARCIAL

DADES I.T.	DATA BAIXA MÈDICA / /	DARRER DIA ABONAT / /
------------	--------------------------	--------------------------

3. COTITZACIONS

3.1 BASE DE COTITZACIÓ DEL MES ANTERIOR A LA BAIXA MÈDICA

ANY	MES	DIES COTITZATS	% COTITZ.	% JORNADA	BASE COTITZACIÓ CC	BASE COTITZACIÓ AT/EP	Indicar circumstàncies referides a la cotització (vaga, suspensió...)

CC: Contingència Comuna AT: Accident de Treball EP: Malaltia Professional

3.2 BASE PER AL CàLCUL DE LA IT SEGONS LLEI 27/2011. LA BASE COT. QUE CORRESPONDRIA SI CONTINUÉS TREBALLANT EL 100% DE LA JORNADA						
ANY	MES	DIES COTITZATS	% COTITZ.	% JORNADA	BASE COTITZACIÓ CC	BASE COTITZACIÓ AT/EP

CC: Contingència Comuna AT: Accident de Treball EP: Malaltia Professional

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno a la present sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a MUTUA BALEAR qualsevol variació d'aquestes que pogués produir-se mentre rebi la prestació.

Signatura

A _____ el _____ de _____ de 20____

Abans de signar aquest formulari, ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que es troba més avall.

Informació bàsica sobre privacitat

Responsable: MUTUA BALEAR | **Finalitat:** Avaluació, control i gestió del seu dret a prestacions, compliment d'obligacions legals i finalitats de gestió de la qualitat. **Legitimació:** Compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits a la Mútua per la normativa aplicable en matèria de seguretat social, compliment d'obligacions en matèria fiscal, contable, de seguretat social i sanitària. Interès legítim per a l'avaluació dels serveis de la Mútua | **Destinatari:** Les seves dades només seran comunicades a tercers per obligació legal, amb el seu consentiment o quan sigui necessari per a la gestió i el control de les prestacions, per exemple a administracions o entitats que tinguin competència i control de les prestacions i altres mútues amb les que MUTUA BALEAR col·labora | **Drets:** Té dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets com s'explica en la informació addicional. | **Informació addicional:** Pot consultar informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades en les polítiques de privacitat aplicables a la gestió de prestacions i als pacients publicats en <https://www.mutuabalea.es/portal-privacidad> | **Contacte DPD:** dpd@mutuabalea.es

ESBORRAR

No es pot desfer!

IMPRIMIR

GUARDAR