MUTUA BALEAR

CERTIFICADO EMPRESA **CUME**

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

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR **CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

SELLO DE ENTRADA
Nº de expediente:

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de la 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

D./Dña. _____ con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____

que desempeña en la empresa el cargo de _____

CERTIFICA QUE, son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los datos personales, profesionales y de cotización del trabajador 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
CORREO ELECTRÓNICO			

2. DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDOS Y NOMBRE			Nº AFILIACIÓN S.S. / /	DNI/NIE/PASAPORTE
PROFESIÓN	GRUPO COTIZACIÓN	TIPO/COD. CONTRATO	FECHA INICIO JORNADA REDUCIDA / /	PORCENTAJE REDUCCIÓN (1) %

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA

3.1 CUMPLIMENTE LAS BASES DE COTIZACIÓN SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES (2)

AÑO	MES	DÍAS COTIZADOS	BASE COTIZACIÓN Contingencias Profesionales (3)
TOTALES		0	0,00 €

3.2 HORAS EXTRA Y OTROS CONCEPTOS (AÑO ANTERIOR A HECHO CAUSANTE)

3.3 RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO

TIPO	COTIZACIÓN JORNADAS REALES MES ANTERIOR	SALARIO REAL
FIJO ☐ EVENTUAL ☐		

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 y sello

En _____ a _____ de _____ de 20___

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

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de su solicitud.

Información básica sobre privacidad
El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la tramitación y la gestión de su solicitud, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. + info. sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas publicada en https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad.

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

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

(1) Será mínimo un 50%. Reducción afectada por aplicación, en su caso, del artículo 37.5 párrafo tercero, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

(2) Instrucciones de cumplimentación del apartado 3.1 (COTIZACIONES)

2.1 Para personas fijas discontinuas o con jornada a tiempo parcial, se consignarán las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la fecha de inicio de la reducción de jornada.

2.2 En el resto de casos, se consignará la base de cotización del mes anterior a la fecha de inicio de la reducción de jornada.

(3) Se excluirán de las bases de cotización las percepciones por horas extraordinarias.

BORRAR TODO
¡No se puede deshacer!

IMPRIMIR GUARDAR

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