

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

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

| |
|-------------------|
| SELLO DE ENTRADA |
| Nº de expediente: |

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 de la trabajadora 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 DE LA TRABAJADORA | | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE | | Nº AFILIACIÓN S.S. / / | | DNI/NIE/PASAPORTE |
| PROFESIÓN | GRUPO COTIZACIÓN | TIPO/COD. CONTRATO | FECHA FINALIZACIÓN / / | FECHA SUSPENSIÓN CONTRATO / / |

| 3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|----------------|---|---|
| 3.1 CUMPLIMENTE LAS BASES DE COTIZACIÓN SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES (1) | | | | 3.2 HORAS EXTRA Y OTROS CONCEPTOS (AÑO ANTERIOR A HECHO CAUSANTE) |
| AÑO | MES | DÍAS COTIZADOS | BASE COTIZACIÓN Contingencias Profesionales (2) | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTALES | | | | |
| 3.3 RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO | | | | |
| TIPO | COTIZACIÓN JORNADAS REALES MES ANTERIOR | | SALARIO REAL | |
| FIJO <input type="checkbox"/> | | | | |
| EVENTUAL <input type="checkbox"/> | | | | |

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>.



INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

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

En caso de situación de Incapacidad Temporal derivada de **Contingencias Profesionales, Riesgo durante el Embarazo o Riesgo durante la Lactancia Natural**:

1.1 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 suspensión del contrato.

1.2 En el resto de casos, se consignará la base de cotización del mes anterior a la fecha de suspensión del contrato.

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