

Certificado de Empresa

D./Dña. _____ en su calidad de _____

CERTIFICA, a efectos de la solicitud de la prestación por IT / Riesgo que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan,

1. Datos empresa

Nombre o razón social		CCC	
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos trabajador/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Domicilio (calle/plaza/...)		Código Postal	Localidad		Provincia
Nº de Seguridad Social ____/____/____	Grupo cotización	Contrato tiempo parcial Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato	Fecha alta empresa	Fecha baja empresa
Fecha baja médica	Fecha hasta la que se ha abonado la IT	Causa baja médica		Enfermedad común <input type="checkbox"/>	Accidente No Laboral <input type="checkbox"/>
				Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa extinción/suspensión del pago directo		Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas Desde _____ hasta _____ Base: _____			

3. Bases de cotización a certificar según el supuesto de pago directo

3.1. Si no se ha extinguido la relación laboral o la baja médica es por accidente de trabajo/ enfermedad profesional o solicita la prestación de Riesgo

Certificado de cotización del mes anterior a la baja médica	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Base contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)
Trabajador/a con jornada a tiempo parcial: certificado de las bases de cotización de los tres meses anteriores a la baja médica	Año	Mes	Días	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

3.2. Si el pago directo es por extinción de la relación laboral y la baja médica derivada de enfermedad común o accidente no laboral

Certificado de cotizaciones de los 180 últimos días cotizados	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes

3.3. Régimen Especial Agrario

Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	¿Estaba trabajando el día de la baja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cotización jornadas reales mes anterior baja	Salario real
---	---	--	--------------

Registro Entrada

A los efectos de que se inicie el pago directo de esta prestación desde el día

En a de de 20

Firma y sello de la empresa

CLÁUSULA INFORMATIVA CERTIFICADOS DE EMPRESAS

De conformidad con el Reglamento general de Protección de Datos EU 2016/679 (RGPD), le informamos que sus datos serán tratados, como responsable, por MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115 (CESMA), con la finalidad de **calcular las bases reguladoras para el abono de la prestación correspondiente.**

Dichos datos podrán ser cedidos al (Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para el cumplimiento de la finalidad indicada y a los que legalmente estuviéramos obligados.

La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del Convenio de Asociación suscrito entre su empresa y CESMA, así como el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa mencionada, en cualquier momento puede ejercitar los derechos, respecto de sus datos personales, de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como poder revocar el consentimiento en cualquier momento, enviando un escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI, o documento acreditativo equivalente a MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115, Avenida Nuestra Señora de Otero s/n (51002 CEUTA).

En caso de querer consultar cualquier información sobre la gestión de sus datos personales, podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo: dpd@mutuacesma.com.

Igualmente tendrá derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan nº 6, 28001, Madrid, contacto www.agpd.es, o tlf : 912 663 517.