

D./Dña. _____ en su calidad de _____
CERTIFICA, a efectos de la solicitud de la prestación por Incapacidad Temporal (IT) / Riesgo Durante el Embarazo o Lactancia que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan

1. Datos empresa

Nombre o razón social	Correo electrónico		Código Cuenta Cotización
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos trabajador/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		DNI-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"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Accidente No Laboral <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	
Fecha extinción/suspensión contrato	Causa extinción/suspensión	Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas Desde hasta Base:			
Suspensión IT por incomparecencia Desde hasta					

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
---	---	--	--------------

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Responsable del Tratamiento: MUTUALIA, mutua colaboradora con la seguridad social nº 2 (www.mutualia.es). Finalidad: Cumplimiento de obligación legal. Legitimación: La gestión y el ejercicio de las funciones y competencias que tiene atribuidas legal y/o contractualmente MUTUALIA. Destinatarios: Los que la Ley obliga y terceros encargados de tratamiento, que sean necesarios para dar cumplimiento a esta relación. Conservación: Los plazos legalmente establecidos. Para mantener los datos facilitados exactos y puestos al día, le informamos de la necesidad de comunicar cualquier modificación en los datos personales que se han proporcionado a esta mutua. Puede ejercer sus Derechos a acceder, rectificar, oponerse, limitar, portar y suprimir los datos escribiendo a Mutualia en c/ Henao, nº 26 CP. 48009 Bilbao. Delegado de Protección de Datos: dpd@mutualia.es. Información adicional: <https://www.mutualia.es/es/proteccion-de-datos/> o <https://www.mutualia.es/es/datuen-babesa/>

En _____ a _____ de _____ de 20 _____
Firma y sello de la empresa

Registro Entrada