

Solicitud de incentivos a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral (RD 404/ 2010, de 31 de marzo)

Fecha Solicitud:	Sello entrada:
[1] Datos de la persona representante de la empresa solicitante	
Nombre y apellidos:	DNI:
<input type="checkbox"/> Titular de la empresa <i>(en caso de persona física)</i>	
<input type="checkbox"/> Administrador <i>(en caso de persona jurídica)</i>	
<input type="checkbox"/> Presidente del Consejo de Administración u Órgano de Gobierno equivalente <i>(en caso de persona jurídica)</i>	
<input type="checkbox"/> Representante legal	
[2] Tipología de empresa	
<input type="checkbox"/> Empresa de más de 5.000 € de cotización en el periodo de observación	
<input type="checkbox"/> Empresa de más de 250 € y menos de 5.000 € de cotización en el periodo de observación	
[3] Periodo de observación <input type="checkbox"/> 2016 <input type="checkbox"/> 2015 y 2016 <input type="checkbox"/> 2014, 2015 y 2016 <input type="checkbox"/> 2013, 2014, 2015 y 2016	
[4] Datos de la empresa solicitante	
CIF/NIF:	CNAE tarifa:
Razón Social:	
Código Cuenta Cotización principal (CCCP)	¿El CCCP ha tenido protegido el AT/EP por otra entidad diferente a Ibermutuamur durante el período de observación? <input type="checkbox"/> Sí Nº mutua:
¿Existen otros Código Cuenta Cotización (CCC) con el mismo CNAE durante el período de observación? ___ No <input type="checkbox"/> Sí. En tal caso cumplimentar el ANEXO a la solicitud	
Si el CCCP o alguno de los CCC indicados en el ANEXO ha estado asociado durante el período de observación a otra entidad diferente a Ibermutuamur, indicar el volumen total de cuotas IT y el volumen total de cuotas IMS de todos ellos.	
¿El CCCP o alguno de los CCC indicados en el ANEXO ha sido autoasegurador? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En tal caso indicar el volumen de cotizaciones IT durante el período de observación	
[5] Nº cuenta bancaria: IBAN	
[6] Datos a efectos de notificación y contacto	
<input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Representante legal	Nombre Colaborador ⁽¹⁾ : (1) En el caso de que el representante legal tenga la condición de colaborador de Ibermutuamur
Dirección:	Código postal:
Población:	
Persona de contacto:	Tif:
Fax:	Email:
Solicito, en representación de la empresa arriba indicada, el reconocimiento del derecho al incentivo previsto en el RD 404/2010 y certifico la exactitud de los datos recogidos en la presente solicitud	
El/La solicitante mediante el presente documento AUTORIZA como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado [6] Datos a efectos de notificación, de cualquier acto de la Mutua en el ámbito del procedimiento de solicitud de reducciones de las cotizaciones por contingencias profesionales previstas en el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo. Las notificaciones así practicadas se entenderán realizadas a todos los efectos legales	Fdo.:El Empresario/ Representante legal de la empresa
<input type="checkbox"/> Autorizo	
DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD	
- Fotocopia del DNI, pasaporte, carné de conducir o NIE de la persona representante de la empresa solicitante. - Documento acreditativo de la facultad de representación de la empresa. - Certificado de la TGSS de estar al corriente de pago a la Seguridad Social. - Certificado y autodeclaración del empresario (disponible formulario en la web de la mutua).	

La solicitud deberá enviarse a su oficina de referencia más cercana o a la sede central de Ibermutuamur, Calle Ramírez de Arellano, 27 28043 – Madrid.

El plazo de presentación de las solicitudes para el periodo de observación se extiende entre el 15 de abril y 31 de mayo de 2017
 Campos en gris a cumplimentar por la mutua.