

# Certificado de Salarios para contingencias profesionales

Deben imprimirse dos copias, una para la Mutua y otra para el interesado.

3 AT 23

ENTIDAD DE COBERTURA: MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 274
---

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre o razón social		Código cuenta cotización	
Domicilio		Localidad	
Código postal		Provincia	
Teléfono		Actividad	
Nombre y apellidos de la persona que certifica		D.N.I. o NIE	
		Cargo en la empresa	

**DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO**

Nombre y apellidos		D.N.I. o NIE		Nº afiliación Seguridad Social //	
Lugar del accidente		Fecha del accidente		Fecha de la baja	
Fecha ingreso en la empresa		Profesión		Categoría profesional	
		Tareas realizadas			

**DATOS LABORALES**

– Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Pluriempleo
– Modalidad de remuneración <input type="checkbox"/> Por unidad de tiempo <input type="checkbox"/> diaria <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Por unidad de obra <input type="checkbox"/> Mixta
– Normativa sectorial o Convenio colectivo aplicable .....

**DATOS SALARIALES**

– <b>Cuantías percibidas el día del accidente:</b> - Sueldo o jornal por unidad de tiempo ..... euros - Remuneración por tarea o unidad de obra ..... euros – <b>Pagos extraordinarios anuales:</b> Julio ..... euros Diciembre ..... euros Otras ..... euros	- Casa habitación ..... euros - Alimentos ..... euros - Antigüedad ..... euros
– <b>Cuantías referidas a los 365 días inmediatamente anteriores al del accidente:</b> - Beneficios o participación en ingresos computables ..... euros - Pluses y retribuciones complementarias: - Comisiones ..... euros - Horas extraordinarias ..... euros - Trabajos nocturnos, penosos, tóxicos y peligrosos ..... euros - Otros ..... euros	- Primas de asistencia ..... euros - Primas de producción ..... euros - Incentivos por unidad de obra ..... euros - Otros ..... euros
– <b>Días laborables efectivamente trabajados:</b> .....	<b>Días laborables según Convenio:</b> .....

**DATOS TIEMPO PARCIAL**

– Número de horas efectivamente trabajadas en los 365 días anteriores: ..... – Jornada habitual en la actividad ..... – Jornada contratada .....
---

Y para que conste ante la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social / Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, se expide la presente certificación

En ..... , a ..... de ..... de 20 .....

Conforme el trabajador Firma y sello de la empresa

### Información detallada sobre protección de datos

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que al facilitar datos de un tercero le ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA), con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutua.es](mailto:atencionalcliente@ibermutua.es). Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección [dpd@ibermutua.es](mailto:dpd@ibermutua.es)

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales serán tratados para gestionar y prestar por parte de IBERMUTUA sus servicios en su condición de mutua colaborada con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar las prestaciones económicas derivadas de la contingencia profesional padecida por el trabajador, cuya cobertura ha sido asumida por Ibermutua.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento es el consentimiento otorgado al certificar la información suministrada y el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social y Entidades de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos serán conservados durante el periodo de tiempo que se gestione la prestación y la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, así como revocar el consentimiento otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o a la dirección [derechosdatospersonales@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutua.es) concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan nº 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517.

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutua.es](http://www.ibermutua.es)



Certificaciones y acreditaciones

