

Certificado de empresa

D./D.ª: en calidade de:

CERTIFICA, para os efectos da solicitude da prestación por incapacidade temporal/risco, que son certos todos os datos que a seguir se consignan:

Nome ou razón social:		CCC:	
Enderezo (rúa/praza/...):	Código postal:	Localidade:	Provincia:

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	NIF/NIE/pasaporte		
Enderezo (rúa/praza/...)		Código postal	Localidade	Provincia	
N.º da Seguridade Social /..... /.....	Grupo de cotización	Contrato a tempo parcial Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato (1)	Data de alta na empresa	Data de baixa na empresa
Data da baixa médica	Data ata o aboamento da prestación por incapacidade temporal	Causa da baixa médica Enfermidade común <input type="checkbox"/> Accidente non laboral <input type="checkbox"/>		Enfermidade profesional <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/>	
Data extinción/suspensión do contrato	Causa de extinción/suspensión do pagamento directo (2)	Días de vacacións anuais retribuídas e non gozadas (3) Dende ata Base:			

3.1. Se non se extinguiu a relación laboral ou a baixa médica é por accidente de traballo/enfermidade profesional ou solicita a prestación por risco (4)

Certificado de cotización do mes anterior á baixa médica	Ano	Mes	Días	Base de continxencias comúns	Base de continxencias profesionais	Horas extras e outros conceptos (ano anterior)
Traballador/a con xornada a tempo parcial: certificado das bases de cotización dos tres meses anteriores á baixa médica	Ano	Mes	Días	Continxencias comúns	Continxencias profesionais	Horas extras e outros conceptos (ano anterior)

3.2. Se o pagamento directo é por extinción da relación laboral e a baixa médica derivada de enfermidade común ou accidente non laboral

Certificado de cotización dos 180 últimos días cotizados	Ano	Mes (5)	Días (6)	Base Continxencias comúns

3.3. Réxime especial agrario

Fixo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	¿Estaba traballando o día da baixa? Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Cotización xornadas reais mes anterior baixa	Salario real
---	--	--	--------------

Para os efectos do inicio do pagamento directo desta prestación dende o día

En a de de 20

Rexistro de entrada

Sinatura e selo da empresa

Ver no dorso a información detallada sobre protección de datos.

Información detallada sobre protección de datos

O asinante deste documento manifesta que os datos persoais son certos e que os datos de terceiras persoas que se proporcionen cando corresponda deberán contar co consentimento destas despois de ser informadas.

Responsable do tratamento: os datos persoais proporcionados son tratados por IBERMUTUA, mutua colaboradora coa Seguridade Social n.º 274 (IBERMUTUA), con domicilio en c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 e correo electrónico de contacto atencionalcliente@ibermutua.es. Pode contactar co delegado de protección de datos no enderezo electrónico: dpd@ibermutua.es

Finalidades do tratamento: os datos persoais son tratados para xestionar a relación con IBERMUTUA e tramitar a súa solicitude e o expediente de prestacións da Seguridade Social que proceda. Estes datos son necesarios para os fins indicados.

Lexitimidade: a base da licitude do tratamento dos datos persoais é o cumprimento das obrigas legais de IBERMUTUA na súa condición de mutua colaboradora coa Seguridade Social.

Destinatarios dos datos: os datos persoais poderán serlles comunicados aos organismos da Seguridade Social, ás entidades incluídas no Rexistro de Prestacións Sociais Públicas e aos organismos da Administración

Pública, en cumprimento dunha obriga legal.

Prazo de conservación dos datos: os datos persoais serán conservados durante os prazos esixidos legalmente.

Exercicio dos dereitos: pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición e, cando proceda legalmente, portabilidade, enviando unha comunicación ao enderezo c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, Madrid-28043, ou ao enderezo electrónico: derechosdatospersonales@ibermutua.es, concretando o dereito solicitado e acreditando a súa identidade. Tamén ten dereito a presentar unha reclamación perante a Axencia Española de Protección de Datos a través do seu sitio web www.agpd.es, o enderezo c/Jorge Juan, 6, 28001---Madrid ou o teléfono de contacto 912 663 517.

Máis información: no *Aviso legal e Privacidade* de www.ibermutua.es

NORMATIVA REFERENTE AO CERTIFICADO

Nos casos de solicitude de pagamento directo por extinción da relación laboral, precísanse as bases de cotización polas que se cotizou durante os últimos 180 días, dentro dos 5 anos anteriores á extinción do último contrato, polo que, se o solicitante ou a solicitante traballou en varias empresas, achegará tantos certificados como sexan necesarios para completar o período indicado.

No caso de pluriemprego, deberá incluírse un certificado coas bases de cotización do mes anterior á baixa médica coas cotizacións dos 180 días anteriores á primeira extinción, en cada unha das empresas, aínda que unicamente se extingue a relación laboral nunha delas.

INSTRUCCIÓNS PARA CUBRIR O CERTIFICADO

(1) Indicar se o tipo de contrato é indefinido, por obra, eventual, temporal, fixo-descontinuo, administrativo, etc.

(2) Por extinción do contrato durante o período de proba, finalización do contrato, a pedimento do empresario (despedimento procedente, improcedente ou causa obxectiva), expediente de regulación de emprego, etc.

No suposto de finalización dun contrato temporal farase constar o motivo polo que non se prorrogou (por vontade do empresario ou por vontade do traballador).

Se o cesamento foi nun contrato de interinidade, reflectirase se foi debido á incorporación do/a traballador/a cuxo posto estaba ocupando, ou se foi por outro motivo.

(3) Faranse constar, se é o caso, os días de vacacións anuais retribuídas que non fosen gozadas con anterioridade á finalización da relación laboral, de acordo co que se dispón no artigo 268.3 do texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, aprobado polo Real Decreto Lexislativo 8/2015, do 30 de outubro.

A cotización das vacacións non aproveitadas será obxecto de liquidación complementaria á do mes da extinción do contrato, de acordo co disposto nas normas que regulan a cotización á Seguridade Social, o desemprego, o fondo de garantía salarial e a formación profesional.

(4) Este apartado deberá cubrirse unicamente (sempre que o mes anterior á baixa médica non figure, por ser máis antigo, entre os que se certificasen nos últimos 180 días precedentes á extinción do contrato de traballo), nos seguintes supostos:

a) No caso de existir pluriemprego, debe achegar un certificado coas bases de cotización do mes anterior á baixa médica e coas cotizacións dos 180 días anteriores á primeira extinción, en cada unha das empresas, aínda que unicamente se extingue a relación laboral nunha delas.

b) En todos os supostos de extinción da relación laboral, incluído o procedente de pluriemprego, nos que se teñan días de vacacións anuais retribuídas e non aproveitadas.

e) No caso de esgotamento do prazo máximo de duración da incapacidade temporal.

No caso de tratarse dun contrato a tempo parcial, deberán certificarse os tres meses inmediatamente anteriores á baixa médica, sempre que non figuren entre os que se certificasen nos 180 días precedentes á extinción da relación laboral.

(5) Indicar os meses precedentes á situación de extinción da relación laboral.

(6) Os días que se teñen que reflectir como cotizados, correspondentes aos 6 últimos meses, serán os que efectivamente se cotizasen, xa sexan meses de 28, 29, 30 ou 31 días, tal e como aparece reflectido no modelo TC-2 de cotización á Seguridade Social.

No suposto de que a extinción da relación laboral se produza no medio dun mes, indicárase o número de días exacto ata a data da devandita situación, correspondentes a ese mes, engadindo os necesarios do mes anterior aos seis últimos meses, ata completar un total de 180.