

## Datos de la empresa

Nombre o razón social		Código cuenta cotización (C.C.C.)	
Domicilio	Localidad		Código postal
Provincia	Teléfono	Actividad	
Nombre y apellidos de la persona que certifica		DNI/NIE/Pasaporte	Cargo en la empresa

## Datos del trabajador accidentado/de la trabajadora accidentada

Nombre y apellidos		DNI/NIE/Pasaporte	N.º afiliación Seguridad Social	
Lugar del accidente	Fecha del accidente	Fecha de la baja	Fecha de 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 aplicable					

## Datos salariales

CUANTÍAS PERCIBIDAS EL DÍA DEL ACCIDENTE: .....	
Sueldo o jornal por unidad de tiempo ..... €	Casa habitación ..... €
Remuneración por tarea o unidad de obra ..... €	Alimentos ..... €
	Antigüedad ..... €
PAGAS EXTRAORDINARIAS ANUALES: Julio ..... € Diciembre ..... € Otras ..... €	
CUANTÍAS REFERIDAS A LOS 365 DÍAS INMEDIATAMENTE ANTERIORES AL DEL ACCIDENTE:	
Beneficios o participación en ingresos computables ..... €	
PLUS Y RETRIBUCIONES COMPLEMENTARIAS:	
Comisiones ..... €	Primas asistencia ..... €
Horas extraordinarias ..... €	Primas producción ..... €
Trabajos nocturnos, penosos, tóxicos y peligrosos ..... €	Incentivos por unidad de obra ..... €
Otros ..... €	Otros ..... €
Otros ..... €	Otros ..... €
Otros ..... €	Otros ..... €
DÍAS LABORABLES EFECTIVAMENTE TRABAJADOS .....	DÍAS LABORABLES SEGÚN CONVENIO .....

## 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 de la Seguridad Social/Mutua colaboradora con la Seguridad Social, se expide la presente certificación.

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

Conforme el/la trabajador/a

Firma y sello de la empresa

F018-01-006-ES/12

De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es Unión de Mutuas, MCSS n.º 267. La finalidad del tratamiento de sus datos será la de gestionar la asistencia sanitaria y prestación económica, así como realizar cualquier trámite necesario dentro del marco de las atribuciones legalmente encomendadas a esta entidad como mutua colaboradora con la Seguridad Social. No se cederán datos a ningún tercero para ninguna finalidad salvo obligación legal como mutua colaboradora con la Seguridad Social. Unión de Mutuas garantiza el secreto profesional de quienes intervienen en el tratamiento de sus datos, así como el respeto a la intimidad personal y familiar de los interesados, entendida como un derecho fundamental de los mismos. Le informamos de que tiene usted derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar u oponerse al tratamiento de sus datos así como a la portabilidad de los mismos en los términos legalmente establecidos, mediante escrito dirigido a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS N.º 267 presentándolo en cualquiera de sus delegaciones. A través del siguiente enlace web <https://www.uniondemutuas.es/politicaprotecciondatospersonales/> le proporcionamos información adicional sobre el tratamiento de sus datos de carácter personal.