

## Dades de l'empresa

Nom o raó social		Codi compte cotització (C.C.C.)	
Domicili	Localitat		Codi postal
Província	Telèfon	Activitat	
Nom i cognoms de la persona que certifica		DNI/NIE/Passaport	Càrrec en l'empresa

## Dades del treballador accidentat/de la treballadora accidentada

Nom i cognoms		DNI/NIE/Passaport	N. afiliació Seguretat Social	
Lloc de l'accident	Data de l'accident	Data de la baixa	Data d'ingrés en l'empresa	
Professió	Categoria professional		Tasques realitzades	

## Dades laborals

Tipus de contracte	<input type="checkbox"/> Fix	<input type="checkbox"/> Fix discontinu	<input type="checkbox"/> Eventual	<input type="checkbox"/> Temps parcial	<input type="checkbox"/> Pluriocupació
Modalitat de remuneració	<input type="checkbox"/> Per unitat de temps	<input type="checkbox"/> Diària	<input type="checkbox"/> Setmanal	<input type="checkbox"/> Mensual	
	<input type="checkbox"/> Per unitat d'obra	<input type="checkbox"/> Mixta			
Normativa sectorial o conveni aplicable					

## Dades salarials

QUANTIES PERCEBUES EL DIA DE L'ACCIDENT: .....	
Sou o jornal per unitat de temps ..... €	Casa habitació ..... €
Remuneració per tasca o unitat d'obra ..... €	Aliments ..... €
	Antiguitat ..... €
PAGUES EXTRAORDINÀRIES ANUALS: Juliol ..... € Desembre ..... € Altres ..... €	
QUANTIES REFERIDES ALS 365 DIES IMMEDIATAMENT ANTERIORS AL DE L'ACCIDENT:	
Beneficis o participació en ingressos computables ..... €	
PLUSOS I RETRIBUCIONS COMPLEMENTÀRIES:	
Comissions ..... €	Primes assistència ..... €
Hores extraordinàries ..... €	Primes producció ..... €
Treballs nocturns, penosos, tòxics i perillosos ..... €	Incentius per unitat d'obra ..... €
Altres ..... €	Altres ..... €
Altres ..... €	Altres ..... €
Altres ..... €	Altres ..... €
DIES LABORABLES EFECTIVAMENT TREBALLATS .....	DIES LABORABLES SEGONS CONVENI .....

## Dades temps parcial

Nombre d'hores efectivament treballades en els 365 dies anteriors .....

Jornada habitual en l'activitat ..... Jornada contractada .....

I per deixar-ne constància davant la Direcció Provincial de l'Institut de la Seguretat Social/Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social, s'expedeix la present certificació.

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

Conforme el/la treballador/a

Signatura i segell de l'empresa

F018-01-006-CA/11

D'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades 2016/679, l'informem que el responsable del tractament de les seves dades és Unió de Mútues, MCSS n. 267. La finalitat del tractament de les seves dades serà la de gestionar l'assistència sanitària i prestació econòmica, així com realitzar qualsevol tràmit necessari dins el marc de les atribucions legalment encomanades a aquesta entitat com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. No se cediran dades a tercers per cap finalitat llevat l'obligació legal com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. Unió de Mútues garanteix el secret professional dels que intervenen en el tractament de les seves dades, així com el respecte a la intimitat personal i familiar dels interessats, entesa com un dret fonamental d'aquests. L'informem que vostè té dret a accedir, rectificar, suprimir, limitar o oposar-se al tractament de les seves dades així com a la portabilitat d'aquestes en els termes legalment establerts, mitjançant escrit dirigit a UNIÓN DE MÚTUES, MCSS n. 267, al domicili situat en l'Av. del Lledó, 69, 12004 Castelló, o presentant-lo en qualsevol de les seves delegacions. A través del següent enllaç web <https://www.uniondemutuas.es/politicadeprivacitatiprotecciodedadesdecaracterpersonal/> li proporcionem informació addicional sobre el tractament de les seves dades de caràcter personal.