Solimat
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72

Certificado de Empresa de datos económicos

D./Dña. ..... en su calidad de .....

CERTIFICA, a efectos de la solicitud de la prestación por IT / Riesgo que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan,

1. Datos empresa

Nombre o razón social			CCC
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos trabajador/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

Nº de Seguridad Social ____/_____/____	Grupo cotización	Contrato tiempo parcial Sí ☐ No ☐	Tipo de contrato	Fecha alta empresa	Fecha baja empresa

Fecha baja médica	Fecha hasta la que se ha abonado la IT	Causa baja médica	Enfermedad común ..... ☐ Accidente No Laboral ..... ☐ Enfermedad Profesional ..... ☐ Accidente Laboral ..... ☐
	Causa extinción/suspensión del pago directo	Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas Desde _____ hasta _____ Base: _____	

3.Bases de cotización a certificar según el supuesto de pago directo

3.1. Si no se ha extinguido la relación laboral o la baja médica es por accidente de trabajo/ enfermedad profesional o solicita la prestación de Riesgo

Certicado de cotización del mes anterior a la baja médica	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Base contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)
Trabajador/a con jornada a tiempo parcial: certificado de las bases de cotización de los tres meses anteriores a la baja médica	Año	Mes	Días	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

3.2. Si el pago directo es por extinción de la relación laboral y la baja médica derivada de enfermedad común o accidente no laboral

Certicado de cotizaciones de los 180 últimos días cotizados	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes

3.3. Régimen Especial Agrario

Fijo ..... ☐ Eventual ..... ☐	¿Estaba trabajando el día de la baja? Sí ..... ☐ No..... ☐	Cotización jornadas reales mes anterior baja	Salario real

A los efectos de que se inicie el pago directo de esta prestación desde el día _____

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero de base de datos para el cálculo y control de la prestación económica que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de esta Entidad. En cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al fichero (art. 5 de la ley 15/1999 de 13 diciembre de Protección de datos de carácter personal, BOE del día 14).

En a de de 20

Registro Entrada

Firma y sello de la empresa

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, Solimat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento. Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, C/ Berna, 1, 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos lopd@solimat.com o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.