

Certificado de Empresa

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,

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

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 (1)	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 ☐	
Fecha extinción/suspensión Contrato	Causa extinción/suspensión del pago directo (2)		Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas (3) Desde hasta Base:		

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 (4)

Certificado 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 al mes previo 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

Certificado de cotización de los 180 últimos días cotizados	Año	Mes (5)	Días (6)	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

En a de de 20

Registro Entrada

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 si facilita datos de terceros les 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. Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: dpd@ibermutua.es.

Finalidades del tratamiento: Los datos personales son tratados para gestionar la relación con IBERMUTUA, o tramitar su solicitud o el expediente de prestaciones de la Seguridad Social que proceda. Siendo los datos necesarios para los fines indicados.

Legitimidad: La base de licitud del tratamiento de los datos personales es 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, entidades incluidas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas y organismos de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

Plazo de conservación de los datos: Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos legalmente.

Ejercicio de derechos: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: 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 o C/Jorge Juan, 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517.

Más información: En el Aviso legal y Privacidad de www.ibermutua.es

Certificado de Empresa

NORMATIVA REFERENTE AL CERTIFICADO

En los casos de solicitud de pago directo por extinción de la relación laboral se precisan las bases de cotización por las que se haya cotizado durante los últimos 180 días, dentro de los 5 años anteriores a la extinción del último contrato, por lo que, si el/la solicitante hubiera trabajado en varias empresas, aportará tantos certificados como sean necesarios para completar el período indicado.

En caso de pluriempleo deberá acompañarse un certificado con las bases de cotización del mes anterior a la baja médica y con las cotizaciones de los 180 días anteriores a la primera extinción, en cada una de las empresas, aunque únicamente se haya extinguido la relación laboral en una de ellas.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

(1) Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo-discontinuo, administrativo, etc.

(2) Por extinción del contrato durante el período de prueba, analización del contrato, a instancia del empresario (despido procedente, improcedente o causa objetiva), expediente de regulación de empleo, etc.

En el supuesto de finalización de un contrato temporal se hará constar el motivo por el que no se ha prorrogado (por voluntad del empresario o por voluntad del trabajador).

Si el cese ha sido en un contrato de interinidad se reflejará si se ha debido a la incorporación del/de la trabajador/a cuyo puesto se estaba ocupando o por otro motivo.

(3) Se harán constar, en su caso, los días de vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas con anterioridad a la finalización de la relación laboral, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 268.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

La cotización de las vacaciones no disfrutadas será objeto de liquidación complementaria a la del mes de la extinción del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en las normas de cotización a la Seguridad Social, desempleo, fondo de garantía salarial y formación profesional.

(4) Únicamente deberá cumplimentarse este apartado (siempre que el mes anterior a la baja médica no figure, por ser más antiguo, entre los que se hayan certificado en los últimos 180 días precedentes a la extinción del contrato de trabajo), en los siguientes supuestos:

a) En caso de pluriempleo, debiéndose acompañar un certificado con las bases de cotización del mes anterior a la baja médica y con las cotizaciones de los 180 días anteriores a la primera extinción, en cada una de las empresas, aunque únicamente se haya extinguido la relación laboral en una de ellas.

b) En todos los supuestos de extinción de la relación laboral, incluido el procedente de pluriempleo, en los que tenga días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas.

e) En el caso de agotamiento del plazo máximo de duración de la incapacidad temporal.

En el caso de tratarse de un contrato a tiempo parcial, deberán certificarse los tres meses inmediatamente anteriores a la baja médica, siempre que no figuren entre los que se han certificado en los 180 días precedentes a la extinción de la relación laboral.

(5) Indicar los meses precedentes a la situación de extinción de la relación laboral.

(6) Los días que se han de reflejar como cotizados, correspondientes a los 6 últimos meses, serán los que efectivamente se hayan cotizado, ya sean meses de 28, 29, 30 ó 31 días, tal y como aparece reflejado en el mod. TC-2 de cotización a la Seguridad Social.

En el supuesto de que la extinción de la relación laboral se produzca en medio de un mes, se indicará el número de días exacto hasta la fecha de dicha situación, correspondientes a ese mes, añadiendo los necesarios del mes anterior a los seis últimos meses, hasta completar un total de 180.