



Fecha de entrada:

CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINGENCIAS PROFESIONALES

1. Datos de la empresa

Nombre o razón social		Código Cuenta de Cotización	
Domicilio		Localidad	Código Postal
Provincia	Teléfono	Actividad	
Nombre y apellidos de la persona que certifica		D.N.I.	Cargo en la empresa

2. Datos del trabajador accidentado

Nombre y apellidos		D.N.I.	Nº afiliación S.S.
Lugar del accidente	Fecha del accidente	Fecha de la baja	Fecha de ingreso en la empresa
Profesión	Categoría profesional	Tareas realizadas	

3. 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 colectivo aplicable		_____				

4. Datos salariales

- Cuantías percibidas	
- Sueldo o jornal por unidad de tiempo _____ €	- Casa habitación _____ €
- Remuneración por tarea o unidad de obra _____ €	- Alimentos _____ €
- Beneficios o participación en ingresos computables _____ €	- Antigüedad _____ €
- Pagos extraordinarios: Julio _____ € Diciembre _____ € Beneficios/Otras _____ €	
- Pluses y retribuciones complementarias:	
- Comisiones _____ €	- Primas de asistencia _____ €
- Horas extraordinarias _____ €	- Primas de producción _____ €
- Trabajos nocturnos, penosos, tóxicos y peligrosos _____ €	- Incentivos por unidad de obra _____ €
- Otros _____ €	- Otros _____ €
- Días laborales efectivamente trabajados _____	Días laborables, según Convenio _____

* Todos estos datos han de ir referidos siempre al periodo de 365 días inmediatamente anteriores al accidente

- Número de horas efectivamente trabajadas en los 365 días anteriores _____
- Jornada habitual en la actividad _____ - Jornada contratada _____

_____, _____ de _____ de _____

Conforme el trabajador Firma y sello de la empresa

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151, con CIF G-08215824, le informa que sus datos de carácter personal serán incorporados a diversos ficheros debidamente inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos. La finalidad de los mismos es la adecuada gestión de las funciones que le son propias como entidad colaboradora de la Seguridad Social, en concreto aquellas derivadas de la prestación económica por incapacidad temporal objeto de la presente solicitud. Asepeyo le garantiza que, en el tratamiento de dichos datos, respetará su confidencialidad y se compromete a que no serán destinados a otra finalidad distinta a la mencionada. Los datos facilitados, únicamente podrán ser comunicados a terceros expresamente autorizados o aquellos que colaboren directamente en el cumplimiento de la finalidad antes indicada, y siempre de acuerdo a los requerimientos que legalmente sean exigibles. Asimismo, le informamos que Ud. tiene derecho a la consulta, rectificación, cancelación y oposición de sus datos pudiéndolos ejercitar mediante solicitud dirigida a Asepeyo, c/ Vía Augusta nº 36, 08006 Barcelona, a través de correo electrónico a la dirección asepeyo@asepeyo.es y/o personándose en uno de nuestros centros asistenciales.