



CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINGENCIAS PROFESIONALES

ENTIDAD DE COBERTURA: INSS / MUTUA

DATOS DE LA EMPRESA

Formulario con campos: Nombre o razón social, Código cuenta cotización, Domicilio, Localidad, Código postal, Provincia, Teléfono, Actividad, Nombre y apellidos de la persona que certifica, DNI o NIE, Cargo en la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Formulario con campos: Nombre y apellidos, DNI o NIE, Nº afiliación Seguridad Social, Lugar del accidente, Fecha del accidente, Fecha de la baja, Fecha ingreso en la empresa, Profesión, Categoría profesional, Tareas realizadas

DATOS LABORALES

Formulario con opciones de contrato (Fijo, Fijo discontinuo, Eventual, Tiempo parcial, Pluriempleo), modalidad de remuneración (Por unidad de tiempo, diaria, semanal, mensual, Por unidad de obra, Mixta) y normativa sectorial aplicable.

DATOS SALARIALES

Formulario detallado de salarios: Cuantías percibidas el día del accidente (Sueldo, Remuneración por tarea, Pagas extraordinarias anuales), Cuantías referidas a los 365 días inmediatamente anteriores al del accidente (Beneficios, Pluses, Comisiones, Horas extraordinarias, Trabajos nocturnos, Otros), y días laborables efectivamente trabajados vs según convenio.

DATOS TIEMPO PARCIAL

Formulario con campos: 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 Nacional de la Seguridad Social / Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, se expide la presente certificación

Conforme el trabajador

En , a de de 20

Firma y sello de la empresa

INSSprental/2007 C-028