

Referencia.....201...

Sello entrada:

**SOLICITUD DE INCENTIVOS POR CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL CONFORME AL R.D.404/2010**

**Aviso:** Será necesario cumplimentar todos los apartados, excepto aquellas empresas que presentaron los formularios con anterioridad a la modificación efectuada por la Orden TIN 1448/2010 de desarrollo del RD 404/2010 (BOE viernes 4 de Junio de 2010), que deberán **sólo y exclusivamente** (y si es de aplicación en la empresa) cumplimentar los apartados **4.1 y 4.2** completos del documento y firmarlo de nuevo.

**(1) Datos del Representante de la empresa solicitante**

Apellidos y Nombre ..... D.N.I. /N.I.E.....

- Titular de la empresa (persona física)
- Administrador (persona jurídica)
- Presidente del Consejo de Administración u órgano equivalente (persona jurídica)
- Representante legal habilitado por la empresa

**(2) Datos de la Empresa solicitante**

Nombre o Razón Social.....  
C.I.F. /N.I.F..... CNAE 2009\*.....

Indicar todos los Códigos Cuenta Cotización\* asociados al CNAE indicado:

Código Cuenta Cotización	Código Cuenta Cotización

\*En el caso de que a la empresa le correspondan varios CNAE, deberá presentarse una solicitud por cada uno de ellos.

\*Si deben añadirse más códigos de cuenta de cotización, deberán anexarse a la solicitud.

Tipología de la empresa:

- Empresa de más de 5.000 € de cotización en el periodo de observación.
- Empresa de menos de 5.000 € de cotización en el periodo de observación.

Periodo de observación:

Año	Año
<input type="checkbox"/> 2009	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inversiones en materia de Prevención de Riesgos Laborales:

Cuantía €	
-----------	--

¿Ha percibido incentivos por el período de observación inmediatamente anterior?

- Si
- No



En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de datos de carácter personal y legislación que la desarrolla, le informamos que los datos facilitados por Usted quedarán incorporados a un fichero dado de alta en la AGPD del que es responsable umivale, con el fin de colaborar en la gestión de las contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en el ámbito de la Seguridad Social. Usted podrá en todo momento, ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante solicitud dirigida a umivale, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia).

**(3) Datos de contacto** (a efectos de consultas y notificaciones)

Persona de contacto..... Cargo.....  
 Dirección.....  
 Localidad..... C. Postal..... Tfnos:.....  
 Correo electrónico.....

**(4) Documentación que se debe aportar:**

Todos los solicitantes:

- Fotocopia DNI – NIE del representante/titular de la empresa
- Fotocopia del documento acreditativo de la facultad de representación de la empresa
- Solicitud de incentivo: modelo facilitado por **umivale**.
- Certificado de estar al corriente de pagos con la Seguridad Social.
- Certificado emitido por la Empresa, firmado por el Representante Legal, del número de cuenta bancaria de la misma donde se deba realizar el ingreso del incentivo.
- Anexo - Certificado y autodeclaración sobre actividades preventivas y sobre la existencia de representación de los trabajadores en materia de Prevención de Riesgos Laborales, conforme al modelo facilitado por **umivale**.

**4.1 - Para empresas colaboradoras** de la **Seguridad Social** conforme al art. 77.1. a) de la LGSS, deberán cumplimentar la siguiente información:

CCC	CNAE	CUOTAS IT	PAGO DIRECTO	Nº PARTES	
				AT	EP

**4.2 - Para aquellas empresas** que durante el período de observación **hayan tenido protegidas** las contingencias de AT y EP con **umivale** y con otra entidad deberán hacerlo constar marcando la siguiente casilla  solicitando así que sea **umivale** quien requiera, en nombre de la empresa, los datos necesarios a la otra Mutua.

En virtud de lo anterior y en representación de la empresa arriba indicada,

**SOLICITO** el abono del incentivo previsto en el Real Decreto 404/2010 y certifico la exactitud y veracidad de los datos recogidos en la presente solicitud.

Asimismo manifiesto mi consentimiento para que **umivale** obtenga de las Administraciones Públicas cuanta información adicional pudiera requerir para la gestión y abono de este incentivo así como para su remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social a los efectos previstos en la normativa de aplicación.

Fecha:

Firmado: El empresario/ Administrador/Presidente del Consejo de Administración/Representante legal habilitado por la empresa

