



CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINGENCIAS PROFESIONALES

ENTIDAD DE COBERTURA: INSS / MUTUA

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social			Código cuenta cotización (CCC)
Domicilio (calle o plaza y número)		Localidad	
Código postal	Provincia	Núm. de teléfono	Actividad
Nombre y apellidos de la persona que certifica		DNI - NIE - pasaporte	Cargo en la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Apellidos y nombre		DNI - NIE - pasaporte	Núm. de la Seguridad Social
Lugar del accidente	Fecha del accidente	Fecha de la baja	Fecha ingreso en la empresa
Profesión		Tareas realizadas	

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					

DATOS SALARIALES

Cuantías percibidas el día del accidente:		– Casa habitación	€			
• Sueldo o jornal por unidad de tiempo	€	– Alimentos	€			
• Remuneración por tarea o unidad de obra	€	– Antigüedad	€			
Pagos extraordinarios anuales:	Julio	€	Diciembre	€	Otras	€
Cuantías referidas a los 365 días inmediatamente anteriores al del accidente:						
• Beneficios o participación en ingresos computables ...	€					
• 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 laborables efectivamente trabajados:		Días laborables según Convenio:				



Apellidos y nombre:

DNI - NIE - pasaporte



DATOS TIEMPO PARCIAL

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

....., a de de 20

Conforme el trabajador

Firma y sello de la empresa

20131119

(3 AT 23)

C-028 cas

NOTA: Los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados y tratados en el fichero informático creado por la Orden Ministerial 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la pensión, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la dirección provincial o cualquier centro de atención e información del INSS (artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE del día 14).