

**CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

ENTIDAD DE COBERTURA: INSS / MUTUA

MAZ

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre razón social		Código cuenta cotización:	
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:		Código Postal:	
Teléfono:		Actividad:	
Nombre y apellidos de la persona que certifica:		Cargo en la empresa	
DNI:			

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Nombre y apellidos		DNI		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

- 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"/> Por unidad de obra	<input type="checkbox"/> Mixta	<input type="checkbox"/> diaria	<input type="checkbox"/> semanal
- Normativa sectorial o Convenio colectivo aplicable:						

DATOS SALARIALES

- Cuantías percibidas:					
- Sueldo o jornal por unidad de tiempo.....	€	- Retrib. Voluntaria.....	€		
- Plus Sust. Prod.....	€	- Remuneración por tarea o unidad de obra..	€		
- Alimentos.....	€	- Antigüedad.....	€		
- Beneficios o participación en ingresos.....	€	- Otros.....	€		
- Pagas extraordinarias: - Julio	€	- Diciembre.....	€	- Beneficios/Otras.....	€
- Pluses y retribuciones complementarias:					
(todos esto datos han de ir referidos siempre al período de 365 días inmediatamente anteriores al del accidente).					
- Comisiones.....	€	- Primas de asistencia....	€		
- Horas extraordinarias.....	€	- Primas de producción...	€		
- Trabajos nocturnos, penosos, tóxicos y peligrosos.....	€	- Incentivos por unida de obra.....	€		
- Otros.....	€	- Otros.....	€	- Otros.....	€
- Días laborables efectivamente trabajados:.....		Días laborables según Convenio			

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.

En _____, a _____ de _____ de 200____.

Conforme el trabajador _____ Firma y sello de la empresa