

Certificado de empresa de cotizaciones para la solicitud de prestaciones por Riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural

D. /Dña. _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____

con cargo en la empresa _____

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización que a continuación se consignan:

1. Datos de la empresa

Razón social		CIF	
Código Cuenta Cotización	Teléfono de contacto	Correo electrónico de contacto	
Dirección (Tipo de vía y nombre de la vía)			Número
Localidad	Código Postal	Población	

2. Datos de la trabajadora

Primer apellido		Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte	
Domicilio (calle/plaza/...)			Código Postal	Localidad	Provincia
Nº Seguridad Social	Grupo Cotización	Contrato tiempo parcial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato ^{1.}	Fecha alta empresa	Fecha baja empresa ^{2.}

1. Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo, discontinuo, etc.

2. Para trabajadores con contrato de duración determinada se cumplimentará con la fecha prevista de finalización del contrato en vigor.

3. Bases de cotización a certificar anteriores a la fecha de suspensión del contrato

Certificado de cotización del mes anterior a la fecha de suspensión del contrato	Año	Mes	Días	Base Contingencias comunes	Base Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)
Trabajador/a con jornada a tiempo parcial o fijo discontinuo: Certificado de las bases de cotización de los tres meses anteriores a la fecha de suspensión del contrato	Año	Mes	Días	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

Certificado de empresa de cotizaciones para la solicitud de prestaciones por Riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural

4. Régimen especial agrario por Cuenta Ajena

Año	Mes	Días cotizados/Jornadas Reales realizadas	Base Contingencias Comunes	Base Contingencias Profesionales	Horas Extras	Trabajador con:
						Cotización Mensual <input type="checkbox"/>
						Cotización por Jornadas Reales <input type="checkbox"/>
						¿Se encontraba el contrato en vigor a la fecha de la suspensión?
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						Número de jornadas reales trabajadas en el último mes anterior a la suspensión del contrato:
Observaciones:						

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma y sello de la empresa

Información detallada sobre protección de datos

Responsable del tratamiento: Mutua Midat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 1 (MC MUTUAL).

Finalidad y legitimidad del tratamiento: Cumplimiento de las actividades encomendadas como Entidad Colaboradora con la Seguridad Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación.

Destinatarios de los datos: Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social o, en su caso, a la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para comprobar la información facilitada, además de los supuestos de autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo ampare.

Plazo de conservación de los datos: El tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

Ejercicio de derechos: Puede acceder, rectificar, oponerse, suprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a MC MUTUAL, previa identificación, a Avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, o al correo electrónico del Delegado de Protección de Datos, dptosmc@mc-mutual.com. También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos.

Más información: www.mc-mutual.com/protecciondedatos