



## CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINGENCIAS PROFESIONALES

ENTIDAD DE COBERTURA: INSS / MUTUA

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.

Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

### 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:  Fijo  Fijo discontinuo  Eventual  Tiempo parcial  Pluriempleo

Modalidad de remuneración {  Por unidad de tiempo  diaria  semanal  mensual  
 Por unidad de obra  
 Mixta

Normativa sectorial o Convenio colectivo aplicable .....

### DATOS SALARIALES

**Cuantías percibidas el día del accidente:**

• Sueldo o jornal por unidad de tiempo ..... €

• Remuneración por tarea o unidad de obra ..... €

**Pagos extraordinarios anuales:** Julio ..... €      Diciembre ..... €      Otras ..... €

– Casa habitación ..... €

– Alimentos ..... €

– Antigüedad ..... €

**Cuantías referidas a los 365 días inmediatamente anteriores al del accidente:**

• Beneficios o participación en ingresos computables ..... €

• Pluses y retribuciones complementarias:

– Comisiones ..... €

– Horas extraordinarias ..... €

– Trabajos nocturnos, penosos, tóxicos y peligrosos ..... €

– Otros ..... €

– Primas de asistencia ..... €

– Primas de producción ..... €

– Incentivos por unidad de obra ..... €

– 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).