

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

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

(4) Documentación que se debe aportar adjunta a la presente solicitud:

(Original o compulsada notarial o administrativamente. Se podrá compulsar en las propias instalaciones de Mutua Navarra)

Todos los solicitantes:

- DNI – NIE del representante/titular de la empresa.
- Documento acreditativo de la facultad de representación de la empresa.
- **Certificado inversión Bonus.**
- **Certificación 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 **Mutua Navarra**.
- Certificado de estar al corriente de pagos con la Seguridad Social.
- **Facturas que acrediten las inversiones declaradas.**
- **Excel facturas Bonus.**

Empresas que durante el período de observación no tuvieran protegidas las contingencias de AT y EP con **Mutua Navarra** por haber estado protegidas por otra entidad:

- Certificado de la TGSS acerca del volumen de cotizaciones durante el periodo de observación.

Empresas colaboradoras de la Seguridad Social conforme al art. 77.1.a) de la LGSS:

- Certificado de la TGSS acerca del volumen de cotizaciones durante el periodo de observación.
- Documento que acredite el importe total de la prestación por Incapacidad Temporal derivada de contingencias profesionales en el periodo de observación.
- Documento que acredite el número total de partes de AT y EP con baja laboral en el periodo de observación.
- Documento que acredite el número total de reconocimientos de Incapacidad permanente y de fallecimientos en el periodo de observación.

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 **Mutua Navarra** 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:

FIRMA

SELLO EMPRESA

Nombre y apellidos

Rellene el campo

Firmado: El empresario/ Administrador/Presidente del Consejo de Administración

La falta de veracidad de los datos o documentos aportados por la empresa solicitante conllevará la devolución del incentivo percibido y la exclusión del acceso al mismo por un periodo igual al último periodo de observación.