

Sello entrada:

**SOLICITUD DE INCENTIVOS POR CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL CONFORME AL R.D. 231/2017**

**(1) Datos del Representante de la empresa solicitante**

Apellidos y Nombre

D.N.I. /N.I.E

- Titular de la empresa (persona física)  
 Administrador (persona jurídica)  
 Presidente del Consejo de Administración u órgano equivalente (persona jurídica)

**(2) Datos de la Empresa solicitante**

Nombre o Razón Social

C.I.F. /N.I.F.

CNAE\*

Indicar todos los Códigos Cuenta Cotización\* asociados al CNAE indicado:

| Código Cuenta Cotización | Código Cuenta Cotización |
|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |
|                          |                          |
|                          |                          |

\* En el caso de que a la empresa le correspondan varios CNAE, deberá presentarse una solicitud por cada uno de ellos.

\* Si deben añadirse más códigos de cuenta de cotización, deberán anexarse a la solicitud.

Tipología de la empresa:

- Empresa de más de 5.000 € de cotización en el periodo de observación.  
 Empresa de menos de 5.000 € de cotización en el periodo de observación.

Periodo de observación:

| Años                          | Años                                | Años                                      | Año   |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2018 | <input type="checkbox"/> 2018, 2017 | <input type="checkbox"/> 2018, 2017, 2016 | <input type="checkbox"/> 2018, 2017, 2016, 2015 |

En el caso de que quieran optar al 5% adicional del incentivo por la realización de inversiones, indicar cuantía total de las mismas (IVA excluido):

Cuantía €

Nº de cuenta titularidad de la empresa donde desea que se realice el ingreso del incentivo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

Persona de contacto Cargo  
 Dirección  
 Localidad C. Postal Tfno:  
 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.
- Declaración responsable sobre actividades preventivas y declaración responsable del empresario, conforme al modelo facilitado por Mutua Navarra.
- Certificado de estar al corriente de pagos con la Seguridad Social.
- \* Y en el caso de optar al 5% adicional:
  - Certificado Inversión Bonus
  - 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 231/2017 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