

SOLICITUD DE INCENTIVO a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral (RD 404/2010, de 31 de marzo)

SELLO DE ENTRADA

Fecha Solicitud:

Nº Solicitud:

1 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE	
Nombre y Apellidos:	con N.I.F o N.I.E:
En calidad de:	
<input type="checkbox"/> Titular de la empresa (en caso de persona física) <input type="checkbox"/> Administrador (en caso de personalidad jurídica) <input type="checkbox"/> Presidente del Consejo de Administración u Órgano de Gobierno equivalente (en caso de personalidad jurídica) <input type="checkbox"/> Representantes de la empresa legalmente habilitados	

2 DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE	
Empresa:	Razón Social:
C.I.F./N.I.F nº:	C.N.A.E. 2009:
Código de cuenta de cotización principal:	
Domicilio Social:	

3 INFORMACIÓN SOBRE LOS CÓDIGOS DE CUENTA COTIZACIÓN (C.C.C.) ASOCIADOS A OTRAS MUTUAS
De los C.C.C. actualmente asociados a Mutua Balear, ¿alguno estuvo asociado a una entidad diferente a Mutua Balear durante el periodo de observación?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <i>En caso afirmativo adjunte la información necesaria sobre lo cotizado a la Seguridad Social (artículo 2.1.b) y la documentación necesaria para el cálculo de los índices de siniestralidad general y extrema (artículo 2.1.c)</i>
<input type="checkbox"/> La empresa posee en el C.I.F. y C.N.A.E. indicados, C.C.C. asociados a otras mutuas en la actualidad*

*(en caso afirmativo marque esta casilla)

4 TIPO DE EMPRESA POR VOLUMEN DE COTIZACIÓN	5 PERIODO DE OBSERVACIÓN (*)
<input type="checkbox"/> Empresa con MÁS de 5.000€ de cotización durante el periodo de observación	<input type="checkbox"/> 2013 - 2014 - 2015 - 2016 <input type="checkbox"/> 2014 - 2015 - 2016 <input type="checkbox"/> 2015-2016 <input type="checkbox"/> 2016
(*) Marcar sólo la casilla que se corresponda con el periodo de observación por el que se realiza la solicitud	

6 DATOS DE CONTACTO (para incidencias sobre la solicitud)	
Persona de contacto* (Indicar nombre y apellidos):	Cargo*:
Dirección*:	
Código Postal*:	Localidad*:
Provincia*:	
Teléfono/s*:	Fax:
E-mail*:	
*(todos estos datos son de obligada cumplimentación)	

7 DATOS CUENTA BANCARIA (IBAN) PARA EL ABONO DEL INCENTIVO APROBADO
IBAN <input type="text"/>

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD

- Fotocopia del DNI, pasaporte, carné de conducir o NIE de la persona representante.
- Documento acreditativo de la facultad de representación de la empresa.
- Certificado de la TGSS de estar al corriente de pago a la Seguridad Social.
- Documentación justificativa de la inversión (facturas...).

*En caso de que estuviera en otra entidad durante el periodo de observación (apartado 2) además debe adjuntar información sobre lo cotizado a la Seguridad Social y documentos para el cálculo de los índices de siniestralidad general y extrema

<p><input checked="" type="checkbox"/> SOLICITO, en representación de la empresa arriba indicada, optar a la aprobación del incentivo por reducción y prevención de la siniestralidad laboral aprobado por el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo y declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud,</p> <p>Lugar:</p> <p>Fecha:</p>	<p>Firma y sello</p> <p>Nombre: NIF: <i>Fdo:Empresario/Administrador/Presidente del Consejo</i></p>
--	---

MUTUA BALEAR LE INFORMA...

- Para optar a este incentivo deberá haber cotizado a la Seguridad Social, durante el periodo de observación, con un volumen total de cuotas por contingencias profesionales superior a 5.000 €. Si es una pequeña empresa: Haber alcanzado un volumen de cotización por contingencias profesionales de 250€ en el periodo de observación de cuatro ejercicios.
- Además, no podrá rebasar durante el periodo de observación los límites que se establezcan respecto de los índices de siniestralidad general y siniestralidad extrema.
- Deben presentarse entre el 15 abril y el 31 de mayo de cada ejercicio. **Para el ejercicio 2017 el plazo finalizará el 31 de mayo de 2017.**
- Esta Mutua deberá remitir a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, antes del día 30 de junio, un informe-propuesta no vinculante en orden a la concesión o denegación del incentivo solicitado.
- En los supuestos de informe-propuesta desfavorable, antes de su remisión a la D.G.O.S.S., se conferirá trámite de audiencia a la empresa, así como a los delegados de prevención cuando no conste su conformidad.
- La falta de veracidad de los datos consignados en la certificación de la empresa a la que se refieren los artículos 2 y 3 conllevará la devolución del incentivo percibido y la exclusión del acceso al mismo por un periodo igual al último periodo de observación, así como la exigencia de las responsabilidades administrativas o de otra índole a las que hubiere lugar, para cuya verificación la entidad gestora o la mutua deberá mantener a disposición de los órganos de fiscalización y control competentes toda la documentación e información relativa a las empresas beneficiarias.
- Una vez recibida la información señalada en el artículo 7.2, y sin perjuicio de dictar la resolución que proceda, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social pondrá a disposición de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, para su comprobación y efectos procedentes, la información relativa a las empresas solicitantes. Este control se entiende sin perjuicio del control interno que corresponde ejercer a la Intervención General de la Seguridad Social, de conformidad con lo establecido en el artículo 143 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero del que es titular MUTUA BALEAR, con el fin de gestionar las solicitudes de incentivos, siendo los destinatarios de la información, además de MUTUA BALEAR, aquellas entidades que tengan competencia y control de estos incentivos. De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MUTUA BALEAR.

2. Autodeclaración sobre actividades preventivas y sobre la existencia de representación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales (1)

CUESTIONES	SI	NO	NO PROCEDE	NOTAS
2.1 Integración de la prevención estructura organizativa, responsabilidades y funciones				
2.1.1 ¿Se han asignado responsabilidades y funciones preventivas a toda la cadena de mando de la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.2 ¿Se ha nombrado un responsable de prevención con capacidad ejecutiva en la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.3 ¿Se ha adoptado una modalidad preventiva? (Señale cuál) <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Trabajador designado: <input type="checkbox"/> Servicio prevención propio: <input type="checkbox"/> Servicio prevención ajeno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.4 ¿Se han designado “recursos preventivos” para las situaciones de especial riesgo que prevé la ley?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.5 ¿Se han definido medios de coordinación de actividades preventivas empresariales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Procedimiento para la gestión integrada de la prevención				
2.2.1 ¿Se ha definido un procedimiento de información, consulta y participación de los trabajadores en materia preventiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento de coordinación de actividades empresariales en materia preventiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>*Esta respuesta debe ser congruente con el punto 2.1.5</i>				
2.3 Evaluación de riesgos y planificación de la actividad preventiva				
2.3.1 ¿Se ha realizado la evaluación inicial de riesgos en todos los puestos de trabajo, teniendo en cuenta las distintas especialidades técnicas (seguridad, higiene, ergonomía y psicología aplicada)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.2 ¿Se revisa o actualiza la evaluación de riesgos de forma periódica o con ocasión de cambios en las condiciones de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.3 ¿Se realizan controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores para detectar situaciones peligrosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.4 ¿Se planifican las actividades necesarias para eliminar/reducir/controlar los riesgos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.5 ¿Se designan responsables y se fijan plazos para la ejecución de las actividades planificadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.6 ¿Se realiza un seguimiento continuo de la ejecución de las actividades planificadas y de los resultados obtenidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.7 ¿Ha sido sometido a auditoría, en su caso, el sistema preventivo y se han subsanado las deficiencias detectadas? Caso de estar excluida de dicha obligación, ¿ha formulado la correspondiente notificación a la autoridad laboral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CUESTIONES	SI	NO	NO PROCEDE	NOTAS
<p>2.8.2 ¿Existe en la empresa o centro de trabajo Comité de Seguridad y Salud?</p> <p><i>(Para empresas o centros de trabajo con 50 ó más trabajadores)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Certifico la exactitud de los datos en la presente autodeclaración

Fdo.: El Empresario, o el Administrador o Presidente del Consejo de Administración, o el Representante legal de la empresa (consignar nombre y apellidos)

(1) Se entenderá acreditado el cumplimiento de los requisitos básicos en materia de prevención de riesgos laborales a los que se refieren el artículo 2.1 f) y el artículo 3.1. del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, cuando proceda la respuesta <<Sí>> a todas las preguntas de la presente autodeclaración que sean de aplicación a la empresa.

3. Conformidad de los delegados de prevención con la certificación y autodeclaración anteriores.

CUESTIONES	SI	NO	NO PROCEDE	NOTAS
<p>3.1 Conformidad de los delegados de prevención con la certificación y autodeclaración anteriores:</p> <p>N.º de delegados de prevención*. N.º de delegados de prevención conformes con la certificación y autodeclaración*.</p> <p>* Consignar el n.º en ambos casos en la columna «Notas» ** En caso de disconformidad, indicar en la columna de «Notas» si se acompañan alegaciones (Si/No).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Conforme con la certificación y autodeclaración

Fdo.: El/Los delegados de prevención
(consignar nombre y apellidos)

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero del que es titular MUTUA BALEAR, con el fin de gestionar las solicitudes de incentivos, siendo los destinatarios de la información, además de MUTUA BALEAR, aquellas entidades que tengan competencia y control de estos incentivos. De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MUTUA BALEAR.