

# SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONTINGENCIAS COMUNES (ENFERMEDAD COMÚN / ACCIDENTE NO LABORAL)

Fecha de entrada	
Sucursal	
Nº de expediente	

RELLENE ESTE IMPRESO DE LA FORMA MÁS EXACTA POSIBLE PORQUE ASÍ FACILITARÁ EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN. ANTES DE EMPEZAR A ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE TODOS LOS APARTADOS, ASÍ COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACIÓN. ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN.

**MUY IMPORTANTE: SI LA SOLICITUD DE PAGO DIRECTO ES POR MOTIVO DE EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL, EL PERÍODO QUE LE ABONE LA MUTUA SE DESCONTARÁ DE LA PRESTACIÓN DE DESEMPLEO A LA QUE PUEDA TENER DERECHO (ARTÍCULO 222.1 REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994, DE 20 DE JUNIO).**

## 1. Datos personales del/la trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI / NIF / Pasaporte / NIE		
Fecha de nacimiento	Sexo	Nombre del padre		Nombre de la madre		Núm. de la Seguridad Social		
Teléfono	Domicilio			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad			Provincia				

## 2. Datos de la prestación

Incapacidad Temporal derivada de:	
Contingencias comunes	<input type="checkbox"/> Enfermedad común <input type="checkbox"/> Accidente no laboral / Accidente de tráfico <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Contingencias profesionales	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 6 meses anteriores al actual? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Oficina Mutua o Entidad que tramitó el Expediente:	

## 3. Supuestos de pago directo de IT

Haga constar la causa que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Entidades u organismos excluidos de pago delegado <input type="checkbox"/> Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de IT que lo soliciten reglamentariamente (Art. 16.2 de la OM de 25-11-66), (BOE del día 7 de diciembre) <input type="checkbox"/> Incumplimiento obligación empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66) <input type="checkbox"/> Colectivos integrados en el Régimen General (Rep. de Comercio, Artistas, Prof. Taurinos, Agrarios y Empleados del Hogar)	
Extinción relación laboral durante la situación de IT	<input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato <input type="checkbox"/> Resolución judicial, administrativa o acto firme <input type="checkbox"/> Fallecimiento, jubilación, invalidez del empresario <input type="checkbox"/> Extinción de la empresa como persona jurídica <input type="checkbox"/> Suspensión de la relación laboral de los trabajadores fijos discontinuos <input type="checkbox"/> Despido
<input type="checkbox"/> Continuación de la situación de IT una vez extinguido el período de percepción de la prestación de desempleo <input type="checkbox"/> Prórroga IT 12 MESES, tras resolución del INSS <input type="checkbox"/> Por iniciar expediente de incapacidad permanente, tras resolución del INSS <input type="checkbox"/> Por agotar plazo máximo prestación de IT	

#### 4. Datos de la empresa

A cumplimentar por los trabajadores por cuenta ajena			
Nombre de la empresa		Tipo de contrato	Código Cuenta Cotización
Domicilio	Código Postal	Localidad	Provincia

#### 5. Datos de la empresa (en caso de pluriempleo)

A cumplimentar por los trabajadores por cuenta ajena			
Nombre de la empresa		Tipo de contrato	Código Cuenta Cotización
Domicilio	Código Postal	Localidad	Provincia

#### 6. Domiciliación bancaria

Código IBAN																<input type="checkbox"/> En cuenta/libreta					
CÓDIGO PAÍS				ENTIDAD				OFICINA / SUCURSAL				D.C.		NÚMERO DE CUENTA							

#### 7. Datos fiscales

<b>Tipo voluntario de retención del IRPF*</b>	%	* IRPF: El porcentaje solicitado, nunca podrá ser inferior al que le corresponda con carácter general, en aplicación del reglamento del IRPF.
---	---	---

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la Entidad Mutua Intercomarcal cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

**SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
 Firma del/la solicitante

<p>El/la interesado/a en fecha ____ de _____ de 20____,</p> <p>ha presentado esta solicitud con la documentación</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Completa      <input type="checkbox"/> Incompleta</p> <p>Por Mutua Intercomarcal</p> <p style="text-align: center;">Firma y sello</p>
--

#### LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos facilitados, se incorporarán a los ficheros que MUTUA INTERCOMARCAL, MATEPSS nº 39, tiene declarados ante la AEPD y que únicamente serán utilizados para las finalidades o gestiones derivadas del presente documento.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a los datos personales recabados, mediante carta escrita dirigida a: MUTUA INTERCOMARCAL, Avenida Icaria, 133-135 / 08005 Barcelona, o por correo electrónico: lopd@mutua-intercomarcal.com

## Documentación necesaria para la tramitación de la prestación de Pago Directo de Incapacidad Temporal

### EN TODOS LOS CASOS DE PAGO DIRECTO:

- "Solicitud pago directo Incapacidad Temporal", debidamente firmado por el solicitante
- (1) Parte médico de baja, excepto baja RED y partes médicos de confirmación
- Fotocopia DNI en vigor, o si es extranjero, Tarjeta de Residencia del solicitante en vigor
- Fotocopia TA2 de alta empresa
- Fotocopia contrato de trabajo y prórrogas si las hay
- Modelo 145 IRPF
- Parte médico de alta (si existe en el momento de la solicitud)

### POR EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL DURANTE LA SITUACIÓN DE IT:

- (2) Certificado de empresa con las bases de cotización de los 180 últimos días anteriores a la extinción del contrato de trabajo.
- Certificado de bases de cotización y vida laboral expedido por la Tesorería General Seguridad Social, si no se completan 180 días en los últimos 6 años en el/los certificado/s aportado/s
- Fotocopia TA2 de baja empresa
- En caso de despido, fotocopia carta de cese en la empresa y finiquito
- (3) HIJOS A CARGO:**
- Fotocopia libro/s de familia
- Declaración de la renta de los hijos a cargo (fotocopia)
- Fotocopia de D.N.I. de los hijos menores de 26 años
- \_\_\_\_\_

### POR CAUSA DISTINTA A LA EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:

- (4) Fotocopia TC-2 y de la hoja de salarios del mes anterior a la baja médica, o del mismo mes si el hecho causante coincide con el inicio del alta a la Seguridad Social.
- Si han transcurrido 18 meses desde inicio I.T., alta médica por agotamiento de plazo
- \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN ADICIONAL (Sólo si se encuentra en alguna de estas situaciones)

- A) **Artistas y Profesionales Taurinos:** Declaración de actividades (TC 4/6) y Justificantes de actuaciones (TC 4/5), de los seis meses anteriores a la fecha de la baja médica.
- B) **Trabajador fijo discontinuo que finaliza la temporada y está pendiente de llamamiento:** Fotocopia TA2 de alta de la empresa; fotocopia del llamamiento a la actividad cuando ésta se produzca; fotocopia de las 3 nóminas y/o TC2 anteriores a la fecha de la baja médica.
- C) **Trabajadores integrados en R.G.-representantes de comercio:** Copia modelo TC-1/3 de los tres meses anteriores a la baja.
- D) **Trabajador por cuenta ajena del régimen especial agrario:** Certificado de empresa, rellenado conforme al TC 2/8 del mes anterior a la baja, justificante de pago de los tres últimos meses (TC 1/9) y justificante de la realización de las jornadas reales.
- E) **Empleados del hogar:** Certificado de empresa y fotocopia de los justificantes de pago de las cuotas de los tres meses anteriores a la baja médica.

### Instrucciones sobre la documentación a aportar:

- (1) En caso de enfermedad común o accidente no laboral, los partes médicos de confirmación son imprescindibles para el pago mensual. Salvo que la sucursal disponga otra cosa, se presentarán semanalmente.
- (2) Si no se acreditan 180 días en la última empresa, deberá aportar alguno de los siguientes documentos, hasta completar 180 días: certificados de empresa; TC2; nóminas; o certificado de Bases de Cotización, que le expedirá la Tesorería General de la Seguridad Social.
- (3) Se tiene en cuenta en aquellos casos afectados por los topes mínimo y máximo de la prestación.
- (4) Se solicitará cuando se trate de un pago directo por agotamiento del plazo máximo de la prestación de IT, incumplimiento empresarial y renuncia al pago delegado empresas de menos de 10 trabajadores y con más de 6 meses consecutivos abono IT. Si es un trabajador a tiempo parcial, lo referido a la documentación TC2 y nóminas se entenderán referido a los 3 meses anteriores a la baja médica.