

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONTINGENCIAS PROFESIONALES (ACCIDENTE DE TRABAJO / ENFERMEDAD PROFESIONAL)

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.

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		
Domicilio					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal		Localidad			Provincia				
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico					

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) Mar (grupo II,III)	
Extinción relación laboral durante la situación de IT	
<input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato <input type="checkbox"/> Extinción de la empresa como persona jurídica <input type="checkbox"/> Resolución judicial, administrativa o acto firme <input type="checkbox"/> Suspensión de la relación laboral de los trabajadores fijos discontinuos <input type="checkbox"/> Fallecimiento, jubilación, invalidez del empresario <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 <input type="checkbox"/> Jubilación parcial / Tiene contrato de relevo <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros motivos	

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																	
CÓDIGO PAÍS			ENTIDAD			OFICINA / SUCURSAL			D.C.		NÚMERO DE CUENTA						

7. Datos fiscales

Tipo voluntario de retención del IRPF*	%	* 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

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra **política de privacidad** (www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos (lopd@mutua-intercomarcal.com) o por correo postal (Avenida Icaria, 133-135 / 08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.

8. Documentación necesaria para la tramitación de la prestación de pago directo de Incapacidad Temporal por contingencias profesionales

EN TODOS LOS CASOS DE PAGO DIRECTO

- Fotocopia DNI o NIE del solicitante, en vigor
- Modelo 145 IRPF

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

- **Por extinción de la relación laboral:** Certificado de bases de cotización de contingencias profesionales.
- **Artistas y Profesionales Taurinos:** Certificado de base reguladora expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social. En su defecto, 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.
- **Trabajador fijo discontinuo o a tiempo parcial:** Certificado de cotización de la empresa o expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social de bases de cotización de los 3 últimos meses.
Solo en fijo discontinuo que finaliza la temporada y está pendiente de llamamiento: Fotocopia del llamamiento a la actividad cuando ésta se produzca.
- **Trabajadores integrados en R.G.- representantes de comercio:** Certificado de cotización de empresa.
Régimen del Mar, grupo II y III: Certificado de cotización de empresa.
- **Trabajador por cuenta ajena del régimen especial agrario:** Certificado de cotización de empresa o de la Tesorería General de la Seguridad Social, rellenado conforme al TC 2/8 del mes anterior a la baja o de 3 meses anteriores en fijos-discontinuos y Justificante de pago del mes anterior a la baja.
- **Empleados del hogar:** Certificado de cotización del empleador, Justificante de pago del mes anterior a la baja.
Jubilación Parcial: Las tres últimas nóminas.
- **Orden Ministerial empresas con menos de 10 trabajadores y más 6 meses de baja:** Petición escrita de la empresa solicitando el pago directo a la Mutua a partir del 1º del mes natural siguiente, Certificado cotización empresa.
- **Incumplimiento empresarial:** Escrito trabajador/a solicitando la prestación por incumplimiento empresarial y fecha de este, Certificado cotización empresa o en su defecto la nómina del mes anterior a la baja.
- **Suspensión relación laboral por ERE:** Certificado Sepe, Resolución ERE y relación de afectados.
- **Situación de IT por recaída, una vez iniciada la prestación contributiva o el subsidio de desempleo:** Nueva baja por recaída, Resolución de aprobación de las prestaciones por desempleo y escrito de comunicación de baja o cambio de situación en las prestaciones por desempleo.
- **Jubilación activa:** Certificado cotización empresa, Certificado del Instituto Nacional de la Seguridad Social de reconocimiento de la situación de jubilación activa.

El/la interesado/a en fecha ____ de _____ de 20 __, ha presentado esta solicitud con la documentación

Completa Incompleta

Por Mutua Intercomarcal
Firma y sello