

# 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 DESCANTARÁ 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		
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            Otros motivos <input type="checkbox"/>	

#### 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

<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

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

#### 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](http://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](mailto:lopd@mutua-intercomarcal.com)) o por correo postal (Avenida Icària, 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

### EN TODOS LOS CASOS DE PAGO DIRECTO:

- Fotocopia DNI en vigor, o si es extranjero, Tarjeta de Residencia del solicitante en vigor
- Modelo 145 IRPF
- Parte médico de alta (si existe en el momento de la solicitud)

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

- **Por extinción de la relación laboral durante la situación de IT:** Certificado de empresa con las bases de cotización de los 180 últimos días anteriores a la extinción del contrato de trabajo o 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.
- **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 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 la empresa.
- **Régimen mar, grupo II, III:** Certificado de cotización de la 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 mes anterior a la baja.
- **Empleados del hogar:** Certificado de cotización del empleador, Justificante de pago del mes anterior a la baja.
- **Jubilación Parcial:** Tres últimas nóminas.
- **Orden Ministerial empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses de baja:** Petición escrita de la empresa solicitando pago directo a Mutua a partir del 1º del mes natural siguiente, Certificado de cotización de la empresa.
- **Incumplimiento empresarial:** Escrito trabajador/a solicitando la prestación por incumplimiento empresarial y fecha de este, Certificado cotización empresa o en su defecto nómina mes anterior baja.
- **Suspensión relación laboral por ERE:** Certificado SEPE, Resolución ERE y relación de afectados
- **Por impugnación alta al agotar los 12 meses de IT:** Certificado de la empresa de la fecha reincorporación trabajo, Notificación resolución al trabajador de alta médica definitiva
- **Anulación de Suspensión cautelar por incomparecencia:** Certificado cotización de la empresa.
- **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.