

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DERIVADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y AUTÓNOMOS

1. Datos personales del/la trabajador/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI / NIF / Pasaporte / NIE					
Fecha de nacimiento		Núm. de la Seguridad Social	Núm. Identificación Régimen Autónomos					
Domicilio			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Código Postal	Localidad	Provincia						
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico						
Nombre de la Entidad Bancaria			Titular de la cuenta				En cuenta/libreta	
							<input type="checkbox"/>	
CÓDIGO PAÍS		ENTIDAD	OFICINA / SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA			

2. Otros 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.	
--	--	---	---	--

3. Datos de la prestación

Incapacidad Temporal derivada de:										
<input type="checkbox"/> Enfermedad común		<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo		<input type="checkbox"/> Accidente no laboral / Accidente de tráfico		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> NO		Fecha de la baja médica
¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 6 meses anteriores al actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO										
Régimen de la Seguridad Social:										
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de Trabajadores Autónomos		<input type="checkbox"/> Régimen Especial del Mar								
Nombre o Razón Social de la Gestoría o Asesoría que le realiza los trámites								Teléfono		
Domicilio					Localidad					

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,

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

Documentación que debe acompañar a la solicitud de pago directo de incapacidad temporal:

- 1.- Parte médico de baja y los partes médicos de confirmación que son imprescindibles para el pago mensual (en caso de Contingencias Comunes).
- 2.- Fotocopia DNI o Tarjeta de Residencia del solicitante, original y en vigor.
- 3.- Fotocopia justificantes de pago de los últimos 3 ó 6 meses (anteriores a la baja médica). Cuando tenga concedido un aplazamiento en las cuotas con la Tesorería de la S.S., deberá adjuntar fotocopia de la resolución y justificante de pago de los aplazamientos.
- 4.- Cumplimentar en su totalidad y suscribir la declaración que figura al dorso de esta solicitud que deberá renovarse semestralmente.
- 5.- Al solicitar la prestación y posteriormente, con periodicidad semestral, boletín de cotización en el Régimen Especial de la persona que sustituye al titular, o en su defecto, copia del último TC2, si es por cuenta ajena.
- 6.- Parte médico de alta (si existe en el momento de la solicitud).
- 7.- Modelo 145 IRPF.

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

D/D^a _____ ,

con núm. de Identificación de autónomo _____, con DNI _____

y con domicilio en _____ Núm. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____ declaro, bajo mi responsabilidad:

1.- Soy titular de un establecimiento mercantil, industrial u otra naturaleza, con nombre/razón social:

_____ CCC de la empresa _____

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en _____

C.P. _____ Localidad _____ Teléfono _____

que cuenta con un total de _____ trabajadores por cuenta ajena, que la actividad económica, oficio u profesión es _____, y que durante la situación de Incapacidad Temporal, la actividad queda gestionada por:

- 1a)** Familiar Empleado del establecimiento Otra persona/socio

D/D^a _____ Núm. DNI _____

Núm. Seguridad Social _____ Núm. Identificación Autónomos _____

Código Cuenta Cotización Empresa _____ Parentesco _____

Tipo de contrato (empleado) _____

- 1b)** **Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal del titular del establecimiento:**

Temporal Definitivo Fecha del cese _____

2.- No soy titular de un establecimiento mercantil, industrial u otra naturaleza, y declaro que me encuentro incluido en el Régimen

Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos desarrollando la actividad económica de _____

realizándola en _____ Localidad _____

Población _____ C.P. _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

En _____ a _____ de _____ de 20_____
Firma _____

REVISIÓN TGSS:

OK No afiliado No el alta Incompatibilidad Sin información Fecha _____

A RELLENAR POR LA MUTUA

Se solicita de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social que compruebe en la mayor brevedad posible las siguientes situaciones:

- Falta alta del continuador
- Alta del continuador formalizada fuera de plazo
- Comprobación que el trabajador autónomo no se encuentre trabajando
- Cese temporal o definitivo del negocio durante la situación de I.T. del titular
- Verificar si en el familiar designado se da el requisito de habitualidad, ya que no se encuentra de alta en el Régimen Especial de Autónomos
- Comprobar si la persona designada, por la actividad desarrollada, ha de encontrarse en situación de alta en el régimen que le corresponda

Artículo 12 del Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre
Artículo 78 del Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre
Resolución de 4 de febrero de 2004

OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN LAS DISPOSICIONES CITADAS

1. Los trabajadores por cuenta propia o autónomos que se encuentren en situación de incapacidad temporal deberán presentar declaración sobre la persona que gestiona directamente el establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza del que sean titulares, o, en su caso, el cese temporal o definitivo de la actividad (DECLARACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE ACTIVIDAD).
2. Los trabajadores por cuenta propia o autónomos deberán presentar junto con el parte médico de la baja la declaración sobre la situación de actividad.
3. La presentación de la declaración es requisito preceptivo para el reconocimiento de la prestación económica derivada de incapacidad temporal a favor del trabajador por cuenta propia o autónomo.
4. Mientras se mantenga la situación de incapacidad temporal, los trabajadores por cuenta propia o autónomos, presentarán la declaración con periodicidad semestral a contar desde la fecha que se inicia la situación de incapacidad.
5. En el caso de que el trabajador por cuenta propia o autónomo, proteja la prestación económica derivada de incapacidad temporal en una Mutua de Accidentes de Trabajo, la presentación de la declaración tendrá lugar ante dicha Entidad.
6. Será requisito indispensable para el reconocimiento del derecho a la prestación por incapacidad temporal, que el/la interesado/a se halle al corriente en el pago de las correspondientes cuotas a la Seguridad Social.

DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD

El plazo máximo para la presentación de la declaración de situación de actividad es de 15 días a contar desde la fecha de la baja médica.

El incumplimiento de este plazo puede conllevar la suspensión del subsidio.

Si durante el proceso de baja médica, varía alguna de las circunstancias declaradas, es necesario que notifique las modificaciones mediante nuevo modelo de declaración de actividad.

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