

# 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

#### 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

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

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

#### 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 ([lopdp@mutua-intercomarcal.com](mailto:lopdp@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:

- “Solicitud pago directo Incapacidad Temporal”, debidamente firmado por el solicitante
- Parte médico de baja, excepto baja RED
- 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)

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

- (1) 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
- En caso de despido, fotocopia carta de cese en la empresa
- (2) **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
- Declaración personal de hijos a cargo (ITF23)
- \_\_\_\_\_

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

- (3) Fotocopia TC-2 o 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.
- \_\_\_\_\_

### 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:** Fotocopia de la última hoja de salario.
- 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.
- F) **Jubilación Parcial:** comunicado INSS, reconocimiento Jubilación Parcial que conste si existe contrato de relevo.

### Instrucciones sobre la documentación a aportar:

- (1) 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.
- (2) Se tiene en cuenta en aquellos casos afectados por los topes mínimo y máximo de la prestación.
- (3) 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 o fijo discontinuo, lo referido a la documentación TC2 o nóminas se entenderán referido a los 3 meses anteriores a la baja médica.