

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

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

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 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.