

Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de nacimiento ____/____/____	Teléfono fijo		Teléfono móvil	Correo electrónico		Nº de Seguridad Social ____/____/____	
		Domicilio (calle/plaza/...)		Código Postal	Localidad	Provincia	

2. Datos de la prestación

Nombre o razón social de la empresa				Código Cuenta Cotización de la empresa			
Régimen de Seguridad Social		Colectivo/Sistema especial					
General <input type="checkbox"/>		Representante de comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/>					
Autónomo <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato			Fecha de baja médica ____/____/____		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Causa de baja: Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>							

3. Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena)

Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas

Extinción recogida en el contrato <input type="checkbox"/>	Extinción del empresario por fallecimiento, jubilación o invalidez <input type="checkbox"/>
Despido <input type="checkbox"/>	Extinción del empresario como persona jurídica <input type="checkbox"/>
Resolución judicial, administrativa o acto firme <input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa <input type="checkbox"/>
Agotamiento del plazo máximo de: 12 meses (art. 128) <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/>	Disconformidad alta INSS <input type="checkbox"/>

Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado

Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario

Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo

Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria)

Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado

4. Hijos/as a cargo (solamente para baja médica de EC-ANL cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Incapacitado Sí/No	Trabaja Sí/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

5. Datos bancarios (Solicitante-Titular)

Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

En a de de 20

Solicitud Completa

Solicitud Incompleta, pendiente de:

Firma solicitante

DNI / NIE / Pasaporte	<input type="checkbox"/>
Certificado de empresa:	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones:	<input type="checkbox"/>
Declaración de situación de actividad	<input type="checkbox"/>
Modelo Fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Registro entrada

Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de nacimiento ____/____/____	Teléfono fijo		Teléfono móvil	Correo electrónico		Nº de Seguridad Social ____/____/____	
		Domicilio (calle/plaza/...)		Código Postal	Localidad	Provincia	

2. Datos de la prestación

Nombre o razón social de la empresa				Código Cuenta Cotización de la empresa			
Régimen de Seguridad Social		Colectivo/Sistema especial					
General <input type="checkbox"/>		Representante de comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/>					
Autónomo <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato			Fecha de baja médica ____/____/____		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Causa de baja: Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>							

3. Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena)

Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas

Extinción recogida en el contrato <input type="checkbox"/>	Extinción del empresario por fallecimiento, jubilación o invalidez <input type="checkbox"/>
Despido <input type="checkbox"/>	Extinción del empresario como persona jurídica <input type="checkbox"/>
Resolución judicial, administrativa o acto firme <input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa <input type="checkbox"/>
Agotamiento del plazo máximo de: 12 meses (art. 128) <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/>	Disconformidad alta INSS <input type="checkbox"/>

Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado

Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario

Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo

Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria)

Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado

4. Hijos/as a cargo (solamente para baja médica de EC-ANL cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Incapacitado Sí/No	Trabaja Sí/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

5. Datos bancarios (Solicitante-Titular)

Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

En a de de 20

Solicitud Completa

Solicitud Incompleta, pendiente de:

Firma solicitante

DNI / NIE / Pasaporte	<input type="checkbox"/>
Certificado de empresa:	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones:	<input type="checkbox"/>
Declaración de situación de actividad	<input type="checkbox"/>
Modelo Fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Registro entrada



Con la firma de la presente solicitud, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos que consigno en la misma y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los datos en ella expresados, que pudieran producirse durante la percepción de la prestación de Incapacidad Temporal.

Documentación necesaria

I. Para todas las solicitudes

1. Fotocopia del DNI/ NIE/ Pasaporte
2. Modelo 145 (excepto en País Vasco y Navarra)

II. Trabajadores por cuenta ajena

1. Si la baja médica es por contingencia común (EC/ANL), parte de baja médica y partes de confirmación posteriores al último presentado en su empresa.
2. Certificado de empresa según los casos:
 - 2.1 Si la causa del pago directo del apartado 3 de esta solicitud es por extinción de la relación laboral y la causa de su baja médica del apartado 2 es EC o ANL, certificado de empresa con los 180 últimos días cotizados en su empresa o empresas anteriores.
 - 2.2 Para el resto de supuestos de pago directo: certificado de empresa del mes anterior a la baja
 - 2.3 Representantes de comercio: justificante de pago de las cotizaciones a la Seguridad Social de los tres meses anteriores a su baja médica, así como certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social de estar al corriente.
 - 2.4 Artistas y profesionales taurinos: declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5), que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - 2.5 Agrarios cuenta Ajena: certificado de empresa del mes anterior a la baja, si la baja es por Enfermedad Común certificado de los 12 meses anteriores al mes de la baja.
 - 2.6 Sistema Especial de Hogar: certificado del empleador o empleadores, del mes anterior a la baja médica.

II. Trabajadores por cuenta propia

REVERSO DE LA COPIA PARA EL TRABAJADOR