

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"/>	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>		Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/>	
Mar <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 545 días..... <input type="checkbox"/>	Alta propuesta de IP en período de prórroga..... <input type="checkbox"/>
Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado..... <input type="checkbox"/>	
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario..... <input type="checkbox"/>	
Recaída en situación de desempleo, no alta o autónomo/a desafiado..... <input type="checkbox"/>	
Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria)..... <input type="checkbox"/>	
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado..... <input type="checkbox"/>	
Otras:..... <input type="checkbox"/>	

4. Otros datos

¿Solicita que se le aplique el descuento de IRPF desde el inicio de la prestación? SI NO

Si su respuesta ha sido positiva, debe indicar el tipo de IRPF: _____ % (este no podrá ser inferior al mínimo establecido en materia fiscal)

En caso contrario, le informamos que si usted no ha seleccionado un tipo de IRPF voluntario, cuando el importe acumulado de su prestación supere el mínimo exento establecido en materia fiscal para su situación personal y familiar, procederemos a regularizarle el IRPF que le hubiera correspondido por el total de las prestaciones percibidas o previstas en el ejercicio fiscal, el cual será aplicado en los últimos meses del año.

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)

Autorizo, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme vía telemática, tanto a la dirección de correo electrónico como al teléfono móvil que se detallan en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. **AUTORIZO** **NO AUTORIZO**

Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

En a de de 20

Firma solicitante

Registro entrada

CLÁUSULA INFORMATIVA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

De conformidad con el Reglamento general de Protección de Datos EU 2016/679 (RGPD), le informamos que sus datos serán tratados, como responsable, por MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115 (CESMA), con la finalidad de gestionar o tramitar su solicitud de prestación económica.

Dichos datos no serán cedidos a ningún destinatario, excepto a los que legalmente estuviéramos obligados.

Por interés legítimo de CESMA, para poder mejorar en los servicios que le prestamos e incrementar su grado de satisfacción, le informamos que usaremos los datos de contacto para poder realizar encuestas de satisfacción sobre la atención recibida.

La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del Convenio de Asociación suscrito entre su empresa y CESMA, así como el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa mencionada, en cualquier momento puede ejercitar los derechos, respecto de sus datos personales, de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como poder revocar el consentimiento en cualquier momento, enviando un escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI, o documento acreditativo equivalente a MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115, Avenida Nuestra Señora de Otero s/n (51002 CEUTA).

En caso de querer consultar cualquier información sobre la gestión de sus datos personales, podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo: dpd@mutuacesma.com.

Igualmente tendrá derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan Nº 6, 28001, Madrid, contacto: www.agpd.es, o tlf : 912 663 517

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"/>	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>		Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/>	
Mar <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 545 días <input type="checkbox"/>	Alta propuesta de IP en período de prórroga <input type="checkbox"/>
Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado <input type="checkbox"/>	
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario <input type="checkbox"/>	
Recaída en situación de desempleo, no alta o autónomo/a desafiliado <input type="checkbox"/>	
Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria) <input type="checkbox"/>	
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado <input type="checkbox"/>	
Otras: <input type="checkbox"/>	

4. Otros datos

¿Solicita que se le aplique el descuento de IRPF desde el inicio de la prestación? SI NO

Si su respuesta ha sido positiva, debe indicar el tipo de IRPF: _____ % (este no podrá ser inferior al mínimo establecido en materia fiscal)

En caso contrario, le informamos que si usted no ha seleccionado un tipo de IRPF voluntario, cuando el importe acumulado de su prestación supere el mínimo exento establecido en materia fiscal para su situación personal y familiar, procederemos a regularizarle el IRPF que le hubiera correspondido por el total de las prestaciones percibidas o previstas en el ejercicio fiscal, el cual será aplicado en los últimos meses del año.

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)

Autorizo, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme vía telemática, tanto a la dirección de correo electrónico como al teléfono móvil que se detallan en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. **AUTORIZO** **NO AUTORIZO**

En a de de 20

Firma solicitante

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) y no hemos recibido comunicación telemática del SPS o INSS, parte de baja y/o parte de confirmación, u otro documento acreditativo de proceso.
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, excepto por agotamiento de los 545 días o alta propuesta de IP en periodo de prórroga.
 - 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

1. Si la baja médica es por Contingencia Común y no hemos recibido comunicación telemática del SPS o INSS, parte de baja y/o parte de confirmación, u otro documento acreditativo de proceso.
2. Justificante de pago de sus cotizaciones de los dos últimos meses anteriores al mes de la baja médica.
3. Declaración de situación de actividad, según modelo entregado junto con esta solicitud.
4. Si la causa de la baja médica del apartado 2 de esta solicitud es AT, el parte de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta (www.delta.mtin.es o en la Comunidad Autónoma de Cataluña también cat365.net de la AOC).
5. Si la causa de la baja médica del apartado 2 es EP, el formulario de datos a cumplimentar por el trabajador debe de estar tramitado.

REVERSO DE LA COPIA PARA EL TRABAJADOR

En el caso de que no haya presentado toda la documentación que le hemos solicitado, dispone de un plazo de diez días para presentarla. Transcurrido dicho plazo se le tendrá por desistido, de acuerdo con lo previsto en el art. 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.