

## SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

1. DATOS PERSONALES										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE				
FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		NIF / NIE		NACIONALIDAD		NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL / /			
DOMICILIO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...) a efectos fiscales						NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD			PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL				
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO						

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD	
INCAPACIDAD LABORAL DERIVADA DE <input type="checkbox"/> Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Accidente no laboral <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	
FECHA BAJA MÉDICA / /	¿Ha tenido otro proceso de IT durante 6 meses anteriores al actual? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO POR CUENTA AJENA ¿Ha prestado servicios el día de la baja?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      Fecha de la última jornada real realizada: / /	

3. SUPUESTO DE PAGO DIRECTO DE IT (marque la causa que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Colectivo excluido de pago delegado: representantes de comercio, jubilado a tiempo parcial, agrario por cuenta ajena, empleado hogar, régimen del mar, etc.	
<input type="checkbox"/> Incumplimiento de la obligación empresarial de pago delegado (art. 19 de la OM de 25/11/1966)	
<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo	<input type="checkbox"/> Suspensión relación laboral de trabajadores fijos discontinuos
<input type="checkbox"/> Suspensión / Extinción de la relación laboral	<input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato
	<input type="checkbox"/> Despido, sentencia judicial, resolución administrativa o acto firme
	<input type="checkbox"/> Jubilación, incapacidad o extinción del empresario como persona jurídica
	<input type="checkbox"/> Cese voluntario en la empresa
<input type="checkbox"/> Recaída de la situación de IT durante la percepción de la prestación por desempleo	
<input type="checkbox"/> Continuidad de la situación de IT después de 365 días de baja: prórroga de IT o inicio de expediente de incapacidad permanente	
<input type="checkbox"/> Continuidad IT después de 18 meses: No cotización por parte de la empresa	

4. DATOS FISCALES	
TIPO VOLUNTARIO IRPF: _____%	Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique: <input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos: _____ <input type="checkbox"/> Tabla de pensiones <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: _____%

5 COBRO (Número código IBAN para el cobro de la prestación)																					
IBAN	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

\*Para evitar errores y asegurarnos de que es titular de la cuenta, le aconsejamos que presente una fotocopia de la cuenta bancaria junto a esta solicitud.

6. DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (Cumpliméntelo sólo si es distinto al apartado 1)								
DOMICILIO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...) a efectos fiscales				NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD			PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO				

7. DATOS DE LOS HIJOS (*) (Sólo en caso de extinción de relación laboral)							
Nombre y Apellidos	DNI, NIE o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Incapacidad	Grado de Minusvalía	INGRESOS ANUALES DEL AÑO ANTERIOR	
						Trabajo cuenta ajena y actividades profesionales y empresariales (**)	Rendimientos de capital y/o otras rentas (**)
						20	20
						20	20
						20	20
						20	20
						20	20
						20	20
						20	20
						20	20

(\*) Hijos menores de 26 años o mayores incapacitados y de los menores acogidos que convivan con el solicitante.  
 (\*\*) Para trabajo por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para trabajo por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

8. ALEGACIONES

**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 MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma del solicitante
-----------------------

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Antes de firmar este formulario, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.**

**Información básica sobre privacidad**

Responsable: MUTUA BALEAR | Finalidad: Evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Legitimación: Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la Mutua por la normativa aplicable en materia de seguridad social, cumplimiento de obligaciones en materia fiscal, contable, de seguridad social y sanitaria. Interés legítimo para la evaluación de los servicios de la Mutua | Destinatarios: Sus datos sólo serán comunicados a terceros por obligación legal, con su consentimiento o cuando sea necesario para la gestión y el control de las prestaciones, por ejemplo a administraciones o entidades que tengan competencia y control de las prestaciones y a otras mutuas con las que MUTUA BALEAR colabora | Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional. | Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad> | Contacto DPD: [dpd@mutuabalear.es](mailto:dpd@mutuabalear.es)



## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- DATOS PERSONALES.** Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
- MOTIVO DE LA SOLICITUD.** Cruce con un aspa [X] las casillas correspondientes. No olvide consignar la fecha que proceda.
- SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT.** Cruce con un aspa [X] las casillas correspondientes.
- DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se aplicarán las retenciones a cuenta del IRPF. Es imprescindible que cumplimente el modelo 145 de la Agencia Tributaria (Comunicación de datos al pagador).
- COBRO.** Recuerde que debe ser titular de la cuenta que se indique y que cualquier error en los datos puede afectar al percibo del subsidio.
- DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES.** Sólo debe indicarse cuando desee recibir las notificaciones en un domicilio distinto al suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se pidan actuaciones en determinados plazos.
- DATOS HIJOS A SU CARGO.** Sólo debe cumplimentarse si se ha producido la extinción del contrato de trabajo.
- ALEGACIONES.** Haga uso de este apartado si desea añadir algo que considere importante para el trámite de su prestación y no vea recogido en esta solicitud. Sea breve y conciso.

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD

Acreditación de la identidad mediante la siguiente documentación **en vigor**:

- Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI)
- Extranjeros: Pasaporte o documento de identidad vigente en su país y Número de Identificación de Extranjero (NIE) expedido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria a efectos de pago.

Documentación relativa a la cotización:

- Trabajador por cuenta ajena: Certificación de las últimas empresas en las que ha trabajado o de su empleador.
- Trabajador por cuenta propia: Justificante de pago de cuotas de los últimos 3 meses.

Datos médicos:

- Partes médicos de baja, confirmación de baja y, cuando sea el caso, alta.
- Si procede de pago delegado, partes de confirmación siguientes al último abonado por la empresa y, cuando sea el caso, parte médico de alta.

Datos adicionales:

Si la IT deriva de contingencia profesional, es imprescindible la declaración del accidente de trabajo a través del sistema DELT@ o de la enfermedad profesional a través de CEPROSS.

Documentación acreditativa de la extinción de la relación laboral:

- Por extinción en periodo de prueba: copia del contrato de trabajo
- Por causas recogidas en el contrato de trabajo: copia de la notificación dictada por su empresa al respecto.
- Por despido: carta de despido, acta de conciliación o sentencia.
- Por cese voluntario: copia de la carta que ha presentado a la empresa para rescindir la relación laboral.

Otros

- Declaración de datos al pagador, modelo 145 de la Agencia Tributaria.
- Si solicita el pago por incumplimiento de la obligación empresarial, declaración jurada de no haber percibido el subsidio a través de su empresa.
- Si es trabajador autónomo, declaración de la situación de actividad.

## INFORMACIÓN DE SU INTERÉS

El plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento es de 30 días a contar desde la fecha en la que ha presentado ante esta Entidad toda la documentación necesaria.

La falta de resolución en plazo es negativa, por lo que podrá entender que su petición ha sido desestimada y solicitar que se dicte resolución.

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos ante cualquier delegación de esta Mutua en un plazo máximo de 10 días a contar desde que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado dará lugar al archivo de su solicitud por entender que desiste de la misma.

Debe comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los datos consignados en esta solicitud mientras perciba la prestación.

### CERTIFICADO DE EMPRESA RELATIVO AL TRABAJADOR

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pasaporte Nº \_\_\_\_\_

Que desempeña en la empresa el cargo de \_\_\_\_\_

CERTIFICA QUE, a efectos de solicitud de prestación por Incapacidad Temporal (IT) por el/la trabajador/a abajo mencionado/a, que son ciertos los datos relativos a la Empresa, así como los personales, profesionales y de cotización del trabajador/a que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA			
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / /	
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO

### 2. DATOS DEL TRABAJADOR / TRABAJADORA

DATOS PERSONALES	APELLIDOS Y NOMBRE				DNI/NIE/PASAPORTE		
	DOMICILIO	NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	CÓDIGO POSTAL

DATOS SEG. SOCIAL	Nº AFILIACIÓN S.S. / /	GRUPO COTIZACIÓN
-------------------	---------------------------	------------------

DATOS LABORALES	DOMICILIO DEL CENTRO TRABAJO			TIPO DE CONTRATO (1)	
	PROFESIÓN		CATEGORÍA		FECHA ALTA EN EMPRESA / /
	FECHA SUSPENSIÓN CONTRATO / /	FECHA EXTINCIÓN CONTRATO / /	CAUSA EXTINCIÓN (2)		FECHA BAJA EN S.S. / /
	Nº DÍAS VACACIONES ANUALES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS ANTES DEL CESE (3): ____		SALARIOS TRAMITACIÓN PERÍODO: / / A / / DÍAS: ____		

DATOS I.T.	FECHA BAJA MÉDICA / /	ÚLTIMO DÍA ABONADO / /
------------	--------------------------	---------------------------

### 3. COTIZACIONES

#### 3.1 CUMPLIMENTE LAS BASES DE COTIZACIÓN SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES (4)

Año	Mes	Días cotizados (5)	Base cotización CC	Observaciones
Vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese en la empresa				
<b>TOTALES</b>				

CC: Contingencia Común

#### 3.2 RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO

TIPO FIJO <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/>	¿ESTABA TRABAJANDO EL DÍA DE LA BAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	COTIZACIÓN JORNADAS REALES MES ANTERIOR	SALARIO REAL
-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------

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 MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma del solicitante

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Antes de firmar este formulario, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

#### Información básica sobre privacidad

Responsable: MUTUA BALEAR | Finalidad: Evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Legitimación: Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la Mutua por la normativa aplicable en materia de seguridad social, cumplimiento de obligaciones en materia fiscal, contable, de seguridad social y sanitaria. Interés legítimo para la evaluación de los servicios de la Mutua | Destinatarios: Sus datos sólo serán comunicados a terceros por obligación legal, con su consentimiento o cuando sea necesario para la gestión y el control de las prestaciones, por ejemplo a administraciones o entidades que tengan competencia y control de las prestaciones y a otras mutuas con las que MUTUA BALEAR colabora | Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional. | Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad> | Contacto DPD: [dpd@mutuabalear.es](mailto:dpd@mutuabalear.es)

### INSTRUCCIONES

#### NORMATIVA REFERENTE AL CERTIFICADO DE EMPRESA

Si durante los últimos 180 días el/la solicitante hubiese trabajado en varias empresas, aportará tantos certificados como sean necesarios para completar el citado período de 180 días. En caso de Pluriempleo deberá acompañarse un certificado con las bases de cotización del mes anterior a la baja médica y con las cotizaciones de los 180 días anteriores a la primera extinción, en cada una de las empresas, aunque únicamente se haya extinguido la relación laboral en una de ellas.

#### INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL CERTIFICADO DE EMPRESA

- (1) Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo-discontinuo, administrativo, etc.
- (2) Por extinción del contrato durante el periodo de prueba, finalización del contrato, a instancia del empresario/a (despido procedente, improcedente o causa objetiva), expediente de regulación de empleo, etc.  
En el supuesto de finalización de un contrato temporal se hará constar el motivo por el que no se ha prorrogado (por voluntad del/de la empresario/a o por voluntad del trabajador/a).  
Si el cese ha sido un contrato de interinidad se reflejará si se ha debido a la incorporación del trabajador/a cuyo puesto se estaba ocupando o por otro motivo.
- (3) Se harán constar, en su caso, los días de vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas con anterioridad a la finalización de la relación laboral, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 209.3 de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio.  
La cotización de las vacaciones no disfrutadas será objeto de liquidación complementaria a la del mes de extinción del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional segunda de la Orden TAS/118/2003, de 31 de enero por la que se desarrollan las normas de cotizaciones a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía y Formación Profesional.
- (4) Instrucciones cumplimentación apartado 3.1 (COTIZACIONES)
- 1- Para baja médica por Contingencia común o Accidente NO laboral:
    - 1.1 De haberse extinguido la relación laboral se consignarán las bases de cotización de los 180 días anteriores a la extinción del contrato.
    - 1.2 Para trabajadores Fijos discontinuos o con jornada a tiempo parcial, se consignarán las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la baja médica.
    - 1.3 En el resto de casos se consignará la base de cotización del mes anterior a la baja médica.
  - 2- Para baja médica por Accidente de trabajo o Enfermedad profesional, Prestación Riesgo Embarazo/Lactancia:
    - 2.1 Para trabajadores Fijos discontinuos o con jornada a tiempo parcial, se consignarán las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la baja médica.
    - 2.2 En el resto de casos se consignará la base de cotización del mes anterior a la baja médica.
- (5) Los días que se han de reflejar como cotizados, correspondientes a los últimos 6 meses, serán los que efectivamente se hayan cotizado, ya sean meses de 28, 29, 30 ó 31 días, tal y como aparece reflejado en el modelo TC-2 de cotización a la Seguridad Social.  
En el supuesto que la extinción de la relación laboral se produzca en medio de un mes, se indicará el número de días exacto hasta la fecha de dicha situación, correspondientes a ese mes, añadiendo los necesarios del mes anterior a los seis últimos meses, hasta completar un total de 180.