

Teléfono de contacto
971 21 43 22 - IT/CC
971 21 34 22 - IT/AT

Expte _____

Es imprescindible acompañar el parte de baja en caso de IT/CC

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.

1. DATOS PERSONALES

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---------|-------------------------------------|---------|----------|--------------|
| Primer apellido: | Segundo apellido: | Nombre: | NIF / NIE: | | | |
| Fecha de nacimiento: / / | Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> | E-mail: | Núm. afiliación Seg. Social: / / | | | |
| Núm. de Teléfono fijo: / | Domicilio (calle / plaza): | | Núm. | Bloque | Escalera | Piso/ Puerta |
| Núm. de Teléfono móvil: / | Localidad y Provincia: | | Código postal | Régimen | | |

2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

| | |
|---|---|
| Incapacidad Temporal Derivada de: | Fecha de la Baja: / / |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Común | <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral |
| <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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Dirección provincial o Agencia que tramitó el Expediente: | |

3. SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT

Haga constar la causa que corresponda:

1.- Colectivos excluidos de pago delegado: representantes de comercio, trabajadores reg. esp. del mar - grupos II y III-, etc.

2.- 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).

3.- Incumplimiento de la obligación empresarial de pago delegado.

4.- Extinción / suspensión de la relación laboral durante la situación de IT.

Extinción recogida en el contrato.
 Sentencia judicial, resolución administrativa o acto firme, despido.
 Fallecimiento del empresario.
 Jubilación, incapacidad o extinción del empresario como persona jurídica.
 Suspensión de la relación laboral de los trabajadores fijos discontinuos.

5.- Por agotar el plazo máximo de la prestación de IT.

6.- Continuación de la situación de IT / Propuesta de Incapacidad tras 12 meses de baja.

4. COBRO

| | | | | |
|--------------------|---------|--------------------|----------------|------------------|
| Número Código IBAN | | | | |
| CÓDIGO PAÍS | ENTIDAD | OFICINA / SUCURSAL | DÍGITO CONTROL | NUMERO DE CUENTA |
| | | | | |

*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.
¿Qué es el IBAN?: Pinche [aquí](#) o consulte <http://www.mutuabaleaer.es/pagina.asp?pagina=422>

5. OTROS DATOS

5.1 ALEGACIONES

5.2 DATOS DE HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS QUE CONVIVAN CON EL SOLICITANTE (sólo debe cumplimentarse este apartado en caso de extinción de la relación laboral):

| Apellidos y nombre | NIF NIE / TIE | Fecha de naci- miento | Estado Civil | ¿Está incapa- citado? | Grado minus- valía | Ingresos anuales del año anterior | |
|--------------------|------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|----|
| | | | | | | A | B |
| | | / / | | | | 20 | 20 |
| | | / / | | | | 20 | 20 |
| | | / / | | | | 20 | 20 |
| | | / / | | | | 20 | 20 |
| | | / / | | | | 20 | 20 |

A. - Rendimientos de capital y/u otras rentas

B. - Trabajo por cuenta ajena y actividades profesionales y empresariales

NOTA: Para trabajo por cuenta ajena y rendimientos de capital y/u otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para trabajo por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad temporal, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Balear cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal (NIF, domicilio, etc) puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado de dichos datos.

Lugar y fecha,

Firma del solicitante,

En _____, a _____ de _____ de _____

X

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

- Fotocopia Documento Nacional de Identidad.
- Fotocopia de la domiciliación bancaria (el interesado deberá ser titular de la misma).
- Parte de la baja médica (por IT/CC).
- Partes de confirmación siguientes al último abonado por la empresa y/o parte de alta (por IT/CC).
- Modelo 145 (a efectos del IRPF) debidamente cumplimentado y firmado.
- Fotocopia de contrato de trabajo y/o prórrogas. Si su contrato tiene carácter de **FIJO DISCONTINUO**: fotocopia llamamiento y comunicación de cese. En estos casos, además, está obligado a comunicarnos cualquier variación que se produzca en su situación laboral.
- Otros:
 - Si es representante de comercio, justificante de pago de los 3 últimos meses (TC 1/3)
 - Si es trabajador del régimen especial del mar, encuadrado en los grupos II y III, justificante de pago del mes anterior a la baja médica (TC 1/16)
 - En caso de despido: carta de despido, acta de conciliación o sentencia.
 - Si ha causado baja en la empresa voluntariamente, copia de la carta que ha presentado a la empresa para rescindir la relación laboral
 - Si ha agotado el plazo máximo de IT, copia del parte de alta.
 - Si le han concedido una prórroga de IT o le han hecho una propuesta de incapacidad tras 12 meses de baja, resolución del Instituto Nacional de Seguridad Social.

CERTIFICADO DE EMPRESA RELATIVO AL TRABAJADOR

D/Dña. _____ con D.N.I. o Pasaporte nº _____

Que desempeña en la empresa el cargo de _____

CERTIFICA: A efectos de solicitud de prestación por Incapacidad Temporal 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

| | | | |
|--------------------------|------------|---------------------------------|----------------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / / | |
| Domicilio (calle/plaza): | | Número | Cód. Postal |
| Localidad: | Provincia: | País: | Teléfono: / |

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| DATOS PERSONALES | APELLIDOS Y NOMBRE | | Nº.D.N.I. O PASAPORTE |
| | DOMICILIO. Calle o Plaza y Número | | ESTADO CIVIL |
| DATOS S.SOCIAL | Nº AFILIACIÓN S.S. / / | GRUPO DE COTIZACIÓN | |
| | DOMICILIO CENTRO DE TRABAJO | | TIPO DE CONTRATO (1) |
| DATOS LABORALES | PROFESION | CATEGORIA | FECHA DE ALTA EN LA EMPRESA / / |
| | FECHA DE EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO / / | CAUSA DE LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO (2) | |
| | Nº DE DÍAS DE VACACIONES ANUALES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS, EN SU CASO, ANTES DE LA FECHA DE CESE (3) | | SALARIOS DE TRAMITACIÓN EN SU CASO PERIODO: / / A / / Nº DE DÍAS: |
| | FECHA DE BAJA EN LA SEGURIDAD SOCIAL / / | | |
| DATOS I. T. | FECHA DE LA BAJA MÉDICA: / / | ULTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN ABONADO NÚMERO: FECHA: / / | |

(4) BASES DE COTIZACIÓN MES ANTERIOR A LA BAJA MÉDICA: (EN CASO DE TIEMPO PARCIAL SE CERTIFICARÁN LOS 3 MESES INMEDIATAMENTE ANTERIORES)

| AÑO | MES | NÚMERO DE DÍAS COTIZADOS | BASE COTIZACIÓN CONTINGENCIAS COMUNES | BASE DE AT/EP (5) | OBSERVACIONES |
|-----|-----|--------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3. COTIZACIONES POR CONTINGENCIAS COMUNES Y AT/EP, SEGÚN TC-2, DURANTE LOS ÚLTIMOS 180 DÍAS PRECEDENTES A LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO

| AÑO | MES (5) | NÚMERO DE DÍAS COTIZADOS (6) | BASE COTIZACIÓN CONTINGENCIAS COMUNES | BASE DE AT/EP (7) | OBSERVACIONES |
|----------------|---------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTALES | | | | | |

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del declarante:

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES.** -Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
2. **DATOS DE LA PRESTACIÓN.** -Cruce con un aspa [X] la/s casilla/s correspondiente/s. No olvide consignar la fecha que proceda.
3. **SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT.** -Cruce con un aspa [X] la/s casilla/s correspondiente/s.
4. **MODALIDAD DE COBRO.** - Recuerde que debe ser titular de la cuenta que nos facilite.
5. **OTROS DATOS:**
 - 5.1 **ALEGACIONES** - Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
 - 5.2 **DATOS DE HIJOS A SU CARGO.** Sólo debe cumplimentarse este apartado en caso de extinción de la relación laboral. Se entenderá que tiene hijos a su cargo cuando éstos sean menores de 26 años o mayores con una incapacidad en grado igual o superior al 33%, carezcan de rentas de cualquier naturaleza iguales o superiores al S. M. I. excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias, y convivan con usted. No será necesaria la convivencia cuando declare que tiene obligación de alimentos en virtud de convenio o resolución judicial o que sostiene económicamente al hijo, y cuando lo requiera esta Entidad deberá aportar la documentación acreditativa que corresponda.

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/de la 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/de la trabajador/a).
Si el cese ha sido en un contrato de interinidad se reflejará si se ha debido a la incorporación del/de la 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 la 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 cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional.
- (4) Este apartado debe cumplimentarse en todos los casos, independientemente de la causa de suspensión o extinción de la relación laboral.
- (5) Indicar los meses precedentes a la situación de extinción de la relación laboral.
- (6) Los días que se han de reflejar como cotizados, correspondientes a los 6 últimos 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 mod. 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.
- (7) Se excluirán de las bases de cotización las percepciones por horas extraordinarias.

INFORMACIÓN LEGISLATIVA DE SU INTERES

Los datos de carácter personal facilitados se incorporarán a nuestros ficheros en la forma y con las limitaciones previstas en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Real Decreto 994/1999 de 11 de Junio. Asimismo, le informamos que dicha ley reconoce el derecho a acceder, rectificar y a cancelar dichos datos.