

## SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

### 1. DATOS PERSONALES

<b>1.1</b>	<b>DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Domicilio			e-mail		
Población		Código postal	Teléfono fijo		Teléfono móvil
Nº afiliación Seg. Social		DNI / NIE / Pasaporte	Nacimiento	Alta en empresa	Baja en empresa
Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Pluriempleo					
<b>1.2</b>	<b>DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL</b> , que actúa como: <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Otros/as apoderados/as				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Domicilio		e-mail			
Población		Código postal	Teléfono fijo		Teléfono móvil
DNI / NIE / Pasaporte					

### 2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
<input type="checkbox"/> Régimen general	<input type="checkbox"/> RETA	<input type="checkbox"/> Rep. comercio	<input type="checkbox"/> Artistas y taurinos/as
<input type="checkbox"/> REA cuenta ajena	<input type="checkbox"/> REA cuenta propia	<input type="checkbox"/> TRADE	<input type="checkbox"/> E. Hogar
Fecha baja médica: _____			<input type="checkbox"/> Régimen mar
¿Ha tenido algún otro proceso de baja médica durante los 6 meses anteriores al actual?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿El proceso actual es debido a la misma enfermedad que el anterior?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

### 3. MOTIVOS DE PAGO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

<input type="checkbox"/> Extinción de contrato (marca lo que proceda): <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> ERE <input type="checkbox"/> Proceso concursal <input type="checkbox"/> Extinción de contrato: Otras (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Incumplimiento de la obligación empresarial (art.19 de la OM de 25-11-66). <input type="checkbox"/> Trabajador/a excluido/a de pago delegado (Autónomo/a, Hogar, Agrarios/as, Rep. Comercio, Artistas, Prof. Taurinos/as, ...). <input type="checkbox"/> Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo. <input type="checkbox"/> Renuncia al pago delegado empresas de menos de 10 trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la IT (art.16.2 de la OM de 25-11-66). <input type="checkbox"/> Suspensión (contratos fijos-discontinuos). <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo de la prestación de: <input type="checkbox"/> 365 días <input type="checkbox"/> 545 días <input type="checkbox"/> Disconformidad con el alta emitida por el INSS. <input type="checkbox"/> Jubilación Parcial. <input type="checkbox"/> Jubilación Activa. Indicar fecha de pase a esta situación: _____ <input type="checkbox"/> Anulación de la suspensión cautelar por incomparecencia. <input type="checkbox"/> Diferencia entre el alta emitida y alta notificada en primera resolución del INSS. <input type="checkbox"/> Otras causas no contempladas (especificar) _____
---

#### 4. DATOS FISCALES

4.1	Tipo voluntario de retención IRPF: _____ %							
<b>Recuerde:</b> En el caso de que no hubiera optado por elegir un tipo voluntario del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará, a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general, teniendo en cuenta para el cálculo del tipo a retener los importes ya abonados sin retención.								
4.2	Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL (Araba, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra), a efectos de retención por IRPF desea que se aplique:							
Tabla general <input type="checkbox"/>			Número de descendientes _____		Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/>			
Discapacidad (grado de minusvalía reconocido): Igual o superior al 33% <input type="checkbox"/> Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>								
¿Obligado/a a satisfacer pensión compensatoria por resolución judicial? (en caso afirmativo consignar importe y adjuntar resolución judicial)								
4.3	<b>Descendientes a cargo (1)</b>							
Apellidos y nombre		DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Porcentaje de discapacidad	Trabaja (Sí/No)	Rentas año anterior	Rentas año en curso
<p>(1): A los efectos de establecer los límites de la cuantía de la prestación de incapacidad temporal cuando la misma debe recalcularse en cuantía de desempleo, los descendientes a cargo se consideran en todo caso los/las menores de 26 años o mayores con incapacidad en grado igual o superior al 33%, siempre que convivan con el/la solicitante de la prestación y carezcan de rentas iguales o superiores al SMI (salario mínimo interprofesional), excluida la parte proporcional de pagas extraordinarias.</p> <p>Sin embargo, según la normativa fiscal en materia de IRPF, el concepto de descendiente a cargo tiene diferente tratamiento en los Territorios Forales (Araba, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra) que en el resto del Estado para establecer el porcentaje de retención aplicable al importe de la prestación de pago directo.</p> <p>En el primer caso afecta a los/las menores de 30 años y mayores incapacitados/as y en el segundo a los/las menores de 26 años y mayores incapacitados/as, con los mismos requisitos de convivencia y rentas que los indicados en el párrafo anterior.</p>								

#### 5. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

El/la beneficiario/a efectúa <b>Declaración Responsable Expresa</b> de ser el/la titular de la siguiente cuenta bancaria en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada.																		
CODI IBAN (Código internacional de cuenta bancaria, 24 dígitos)																		
Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria. En caso que el/la titular de la cuenta no coincida con el/la beneficiario/a de la incapacidad temporal, no se autorizará el abono de la prestación.																		

**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/a de la obligación de comunicar a MUTUA UNIVERSAL cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

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

Firma del/la solicitante

*De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados por Mutua Universal- Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463, en calidad de Responsable del Tratamiento.*

*La finalidad del tratamiento es gestionar las prestaciones de la Seguridad Social, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable a Mutua Universal.*

*Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.*

*Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social, así como a los responsables terceros de pago de los gastos de asistencia sanitaria incurridos. Le informamos que no está prevista la cesión ni transferencia internacional de sus datos.*

*Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a [protecciondatos@mutuauniversal.net](mailto:protecciondatos@mutuauniversal.net) o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)*

**MUY IMPORTANTE (SÓLO EN ENFERMEDAD COMÚN Y EN ACCIDENTE NO LABORAL):** SI EL MOTIVO DEL PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ES LA EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL, EL PERÍODO QUE ABONE LA MUTUA SE DESCONTARÁ DE LA PRESTACIÓN DE DESEMPLEO A LA QUE PUEDA TENER DERECHO EL/LA BENEFICIARIO/A (ARTÍCULO 283 DEL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REDACCIÓN DADA POR EL ARTICULO 8 DE LA LEY 40/2007, DE 4 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL).

**SI DESEA QUE SUS GESTIONES CON ESTA ENTIDAD SEA EMPLEANDO MEDIOS TELEMÁTICOS NO OLVIDE TRAMITAR EL DOCUMENTO DE AUTORIZACION PARA LA COMUNICACIÓN POR VIA ELECTRÓNICA DISPONIBLE EN NUESTRO CENTRO.**

**Documentos que debe adjuntar con esta solicitud:**

- Formulario de solicitud de pago directo (Documento original).
- Fotocopia del DNI, Pasaporte o en su caso, N.I.E. vigentes o acreditación de su renovación.
- Certificado de empresa.
- Comunicación de datos al pagador (Art 88 del Reglamento del IRPF). Modelo 145 (documento original) excepto si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL (Navarra, Álava, Guipúzcoa, Vizcaya) que deberá cumplimentar el apartado 4.2 y 4.3 de datos fiscales.
- En caso de actuar a través de tutor/a u otro/a apoderado/a, fotocopia del DNI, así como acreditación de la representación legal.
- Certificado de titularidad bancaria u otro documento acreditativo original de ser titular de la cuenta bancaria informada.
- Resoluciones o Sentencias que justifiquen la solicitud.
- En caso de jubilación activa, aportar resolución que acredite la fecha de pase a esta situación.
- Acreditación del grado de minusvalía, si procede.
- Fotocopia de la Resolución judicial en caso de consignar pensión compensatoria.

**Documentación específica para solicitudes por extinción de contrato en contingencia común:**

- Certificados de empresa, fotocopia de los TC2 o nóminas o, en su defecto, certificado de la TGSS en el que consten las bases cotizadas en los últimos 180 días anteriores a la fecha de extinción dentro de un periodo máximo de 6 años.
- Fotocopia del Libro de Familia, y en su caso, certificado de discapacidad de los/las menores a su cargo con el grado reconocido, con el fin de aplicar los topes de desempleo contributivo.

**Documentación específica para trabajadores/as por cuenta propia o autónomos/as:**

- Justificante de cotización del último mes. Cuando tenga concedido un aplazamiento en las cuotas con la TGSS, se deberá adjuntar fotocopia de la resolución y justificante del pago de los aplazamientos.
- Declaración de la situación de actividad.

**Le informamos que se le podrá requerir documentación complementaria si se considera necesario para el correcto trámite de la solicitud de esta prestación.**

## MUTUA UNIVERSAL INFORMA

En cualquier momento Vd. puede dirigirse a nuestras oficinas o servicios médicos. Estamos a su plena disposición para ayudarle, asesorarle e informarle.

La documentación debe ser presentada presencialmente por la propia persona trabajadora, representante legal debidamente autorizado/a o por correo ordinario. Ante cualquier solicitud de prestación económica recibida que no sea original, el/la interesado/a deberá subsanar dicha situación, ya sea personándose en el centro dónde ha remitido la documentación para proceder a su firma o remitiéndola por correo.

Si la documentación se avanza por correo electrónico que el/la solicitante previamente ha autorizado para la gestión de trámites telemáticos con Mutua Universal (alta en el Portal Paciente de Mutua), se aceptará e iniciará el pago de la prestación económica. Si en el plazo máximo de 30 días no se dispone de los documentos originales indicados en el apartado anterior, se bloqueará el pago directo.

Se deberá comunicar a Mutua Universal, si existe, situación de Pluriempleo. Si el pago directo de la I.T. se solicita por motivo distinto a extinción de contrato, se deberá comunicar a esta Entidad la extinción del contrato de trabajo si esta se produjera con posterioridad.

El derecho al subsidio de I.T. es incompatible con el trabajo por cuenta propia o ajena. De conformidad con el art. 175 de la LGSS, cualquier actuación fraudulenta para obtener o conservar la prestación, podrá dar lugar a su denegación, anulación o suspensión.

En caso de trabajadores/as por cuenta propia o autónomos/as:

- Para causar derecho a las prestaciones, deberá estar al corriente de pago en las cotizaciones anteriores al hecho causante (art. 3.2 del RD 2110/94 de 28 de octubre).
- Debe presentar, en el plazo de 15 días desde la fecha de la baja médica, la declaración sobre la persona que gestiona directamente el establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza, o en su caso del cese temporal o definitivo de la actividad (Resolución de 4 de febrero de 2004, del INSS, sobre cumplimiento de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre).

Si su situación de I.T. deriva de Enfermedad Común o Accidente no laboral:

- En caso de extinción de contrato, su prestación se calculará según la cuantía del desempleo, en virtud de lo dispuesto en el artículo 283 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. La cuantía de la prestación en estos supuestos se determinará aplicando a la base reguladora los siguientes porcentajes: el 70 por ciento durante los 180 primeros días y el 60 por ciento a partir del día 181.
- Deberá presentar ante esta Mutua, en el plazo de 5 días desde su expedición, copia de los partes de confirmación, de baja o el parte de alta médica. Su no presentación motivará, en su caso, la suspensión en el abono de la prestación (art. 2 y 4 RD 575/97 de 18 de abril de 1997).
- La Mutua está facultada para requerirle a reconocimiento médico. La negativa infundada a someterse a estos reconocimientos médicos dará lugar a la expedición de la propuesta de alta a la Inspección del Servicio Público de Salud (art. 13 OM 19-06-97).
- En caso de incomparecencia injustificada a reconocimiento médico, se procederá a la extinción de la prestación económica (art. 175.3 del Texto Refundido de la LGSS).

*De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados por Mutua Universal- Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463, en calidad de Responsable del Tratamiento.*

*La finalidad del tratamiento es gestionar las prestaciones de la Seguridad Social, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable a Mutua Universal.*

*Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.*

*Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social, así como a los responsables terceros de pago de los gastos de asistencia sanitaria incurridos. Le informamos que no está prevista la cesión ni transferencia internacional de sus datos.*

*Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a [protecciondatos@mutuauniversal.net](mailto:protecciondatos@mutuauniversal.net) o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)*