

# 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: 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)

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"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>		Mar <input type="checkbox"/>		Representante de comercio <input type="checkbox"/>		Artista <input type="checkbox"/>	Torero <input type="checkbox"/>	Empaquetado Tomate <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)

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 Comun 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