



## SOL·LICITUD DE PAGAMENT D'INCAPACITAT TEMPORAL RÈGIM ESPECIAL

Empleni aquest imprès de la forma més exacta possible perquè així facilitarà el tràmit de la seva prestació.  
Abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats, així com les instruccions per a omplir-lo.  
Escrigui amb claretat, i en lletres majúscules per a evitar errors d'interpretació.

### DADES PERSONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom		Document Nacional Identitat / NIE				
Data de naixement	Sexe	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona		Núm. afiliació a la Seguretat Social		Telèfon de contacte				
Domicili (calle o plaza)						Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població			Província						
<b>Si és titular d'alguna/es empreses/es</b>		CIF: .....			CIF: .....					
		Raó Social: .....			Raó Social: .....					

**INFORMACIÓ TELEMÀTICA**  Si VOL rebre informació per correu electrònic, indiqueu-nos l'adreça: .....  
 Si VOL rebre informació per SMS, indiqueu-nos el número de telèfon mòbil: .....

**LLENGUA COOFICIAL** en què vol rebre la correspondència: .....

### MOTIU DE LA PRESTACIÓ DE L'INCAPACITAT TEMPORAL

- Accident de treball       Malaltia professional       Accident no laboral       Malaltia comuna

Ha tingut algun altre procés d'IT durant els 6 mesos anteriors a l'actual? SI  NO

El procés actual és a causa de la mateixa malaltia que l'anterior? SI  NO

### SUPÒSITS DE PAGAMENT DIRECTE D'IT

- Règim autònoms  
 Règim especial del mar - C. Pròpia

### CODI COMPTE BANCARI

ENTITAT			OFICINA			DC	NÚMERO DE COMPTE								

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en la present sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a la Mútua qualsevol variació de les dades que pogués produir-se en endavant, i

SOL·LICITO, mitjançant la signatura del present imprès, que dóna curs a la meua petició de prestació per Incapacitat Temporal, adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seva millor resolució.

MANIFIESTO, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de les dades de l'historial clínic, custodiat per aquesta Mútua o centres concertats, la verificació i confrontació de les dades econòmiques declarades amb les de caràcter tributari de l'Agència Estatal d'Administració Tributària, en els termes establerts en l'O.M. 18-11-99 (BOE del dia 30), o en qualsevol altre Organisme que tingues atribuïda la competència sobre ells, així com perquè les meves dades d'identificació personal i de residència puguin ser consultades, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat a aquestes dades.

Si la sol·licitud de la prestació esmentada ha estat presentada sense els documents imprescindibles per a la seva tramitació haurà d'aportar la documentació que s'indica en el dors en el termini de 10 dies contats a partir de la notificació. Si no presenta en aquest termini el/s document/s indicat/s, s'entendrà per desistit de la seva petició, d'acord amb els Articles 70, 71 i 42 de la Llei de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú, Llei 30/1992, BOE de 27/11/92 en relació amb la Disposició Addicional 25ª de la LGSS.

..... a ..... de/d' ..... de .....  
Signatura del sol·licitant

# DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA PER A LA SOL·LICITUD DE PAGAMENT DIRECTE DERIVAT D'INCAPACITAT TEMPORAL PER CONTINGÈNCIES COMUNES I PROFESSIONALS

## **Documentació comuna a totes les sol·licituds:**

- Sol·licitud de pagament directe emplenada i signada per l'interessat.
- Fotocòpia DNI o permís de residència en vigor, aportant original no caducat.
- Model 145 d'IRPF degudament emplenat:
  - Fotocòpia DNI cònjuge en cas de situació familiar 2
  - Fotocòpia certificat minusvalia de l'interessat o fills si escau.
  - Fotocòpia resolució judicial determinant de les pensions compensatòries a favor de cònjuge i/o anualitats per aliments a favor de fills.
- Fotocòpia dels justificants de pagament (TC1/15) dels últims 3 mesos.
- Declaració Situació d'Activitat degudament emplenada i signada.
- En cas que la baixa mèdica coincideixi amb el mes d'alta o baixa en el Règim: Fotocòpia TA.0521A.

## **Contingència comuna:**

- Fotocòpia de la baixa mèdica i lliurament dels comunicats de confirmació de la baixa, documents imprescindibles per a l'abonament de la prestació.

## **Activa Mútua li informa:**

La Mútua està facultada per a requerir-li a reconeixement mèdic. La negativa infundada a sotmetre's a aquests reconeixements mèdics donarà lloc a l'expedició de la proposta d'alta pels serveis mèdics o per la Inspecció del Servei Públic de Salut (Art. 13 OM 19-06-97).

En cas d'incompareixença injustificada a reconeixement mèdic, es procedirà a l'extinció de la prestació econòmica (art. 131 bis del Text Refós de la Llei General de la Seguretat Social, en la redacció donada per l'art. 34.4 de la L24/01 de 27 de Desembre).

## **Prestació d'incapacitat Temporal per Contingències Comunes dels treballadors per compte propi (RETA i REMCP).**

Amb caràcter general, el dret a la prestació neix el quart dia de la baixa mèdica, sent la quantia del subsidi:

Del 4rt al 20è dia .....60% base reguladora  
A partir del 21è dia .....75% base reguladora

## **Prestació d'incapacitat Temporal per Contingències Professionals dels treballadors per compte propi (RETA, REMCP).**

El dret a la prestació s'inicia a partir de l'endemà a la data de la baixa mèdica, sent la quantia del subsidi:

A partir del dia següent a la data de baixa .....75% base reguladora

La base reguladora diària és la base de cotització del mes anterior a la baixa dividida per 30 dies.

El reconeixement del dret a l'incapacitat temporal correspon a l'entitat Gestora o col·laboradora (Mútua) que cobreixi la incapacitat temporal.

## DECLARACIÓ DE SITUACIÓ D'ACTIVITAT

Sr/Sra..... amb número d'afiliació a la seguretat social ..... amb NIF / NIE ..... i amb domicili a ..... declara sota la seva responsabilitat:

A.- És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'altra naturalesa

SI  NO

B.- Que aquest establiment té el seu domicili social a..... que l'activitat econòmica, ofici o professió és la de ..... i que durant la situació d'INCAPACITAT TEMPORAL, l'activitat queda en la següent situació:

1.- gestionada per:

**a) Familiar**

Sr/Sra. ....  
Núm. Identificació Autònoms .....  
Núm. DNI. ....  
Núm. Afiliació a la Seguretat Social .....  
Codi Compte Cotització Empresa .....  
Parentiu .....

**b) Treballador de l'establiment**

Sr/Sra.....  
Núm. Identificació Autònoms .....  
Núm. DNI. ....  
Núm. Afiliació a la Seguretat Social .....

**c) Gestionat per un altra persona**

D/Sra. ....  
Núm. Identificació Autònoms .....  
Núm. DNI. ....  
Núm. Afiliació a la Seguretat Social .....  
Codi compte Cotització Empresa .....

2.- Cessament temporal o definitiu de l'activitat durant la situació d'incapacitat TEMPORAL del titular de l'establiment.

3.- O per contra, declara que es troba inclòs en el Règim Especial de treballadors per compte propi o Autònoms en raó de l'activitat de ..... que té el seu domicili a .....

....., a ..... de/d' ..... de 20 .....

Signat:

**Reial decret 1273/2003 de 10 d'octubre**  
**Article 78 del reial decret 1993/1995 de 7 de Desembre**  
**Resolució de 4 de febrer de 2004 de la Direcció general de l'INSS**

**OBLIGACIONS ESTABLERTES EN LES DISPOSICIONS CITADES**

1. Els treballadors per compte propi o autònoms que es trobin en situació d'incapacitat temporal haurien de presentar declaració sobre la persona que gestiona directament l'establiment mercantil, industrial o d'altra naturalesa del que siguin titulars, o, si escau, el cessament temporal o definitiu de l'activitat (DECLARACIÓ SOBRE LA SITUACIÓ D'ACTIVITAT).
2. La presentació de la declaració és requisit preceptiu per al reconeixement de la prestació econòmica derivada d'incapacitat temporal a favor del treballador per compte propi o autònom.
3. Mentre es mantingui la situació d'incapacitat temporal, els treballadors per compte propi o autònoms, presentaran la declaració amb periodicitat semestral a contar des de la data que s'inicia la situació d'incapacitat.

**ACTIVA MÚTUA, M.A.T.M.P.S.S. nº 3 LI INFORMA:**

- Aquesta Sol·licitud serà tractada amb mitjans informàtics.
- Complint amb l'establert a l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que les dades personals recollides en aquest document, així com aquelles que durant el seu tractament puguin obtenir-se, s'incorporaran a un fitxer d'aquesta entitat, amb l'única finalitat de fer el seguiment de l'assistència mèdica dispensada, així com la prevenció d'eventuals processos posteriors i la gestió de les prestacions de contingències professionals o comunes en l'àmbit d'aplicació de la gestió de la Seguretat Social, sent els destinataris de la informació, a més d'**Activa Mútua**, aquelles entitats que tinguin competència i control en els serveis d'aquestes prestacions.
- La vigilància del compliment de la normativa de seguretat a Activa Mútua 2008 correspon al Responsable de Seguretat per a la protecció de les dades de l'entitat, qui atindrà qualsevol dubte o consulta que sobre el particular se susciți. Vostè podrà en tot moment exercir els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició mitjançant sol·licitud dirigida al Responsable de Seguretat per a la protecció de dades al Passeig 11 de setembre, 34 de Lleida - (25199) o a [lopd@activamutua.es](mailto:lopd@activamutua.es)
- La inclusió de dades falses, així com l'obtenció fraudulenta de Prestacions, poden ser constitutives de delictes.