

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL RÉGIMEN GENERAL

Página 1 de 3

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

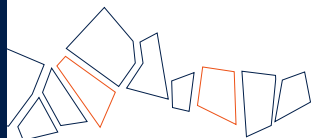
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI/NIF/NIE	Fecha nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Número de la Seguridad Social		
Teléfono	Móvil	Correo electrónico			
Domicilio a efectos fiscales					
Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	C.P.
Población			Provincia		

DATOS DE LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Enfermedad común <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	Accidente no laboral <input type="checkbox"/>	Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>	Fecha de la baja médica	
Régimen general <input type="checkbox"/>	Rep. comercio <input type="checkbox"/>	Artistas y taurinos <input type="checkbox"/>	Régimen mar <input type="checkbox"/>	EEHH con abono delegado cotización empleador	
Otros					
<input type="checkbox"/> SEA. ¿Ha prestado servicios el día de la baja médica? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Indique fecha última jornada real trabajada /..... /.....	
¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 180 días naturales anteriores a la actual? <input type="checkbox"/> SÍ. ¿Y el proceso actual se debe a la misma enfermedad que el anterior? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (Señale la causa que corresponda)

Extinción del contrato <input type="checkbox"/>	ERE extintivo <input type="checkbox"/>	ERE suspensivo <input type="checkbox"/>	Indicar el% de reducción ERE	<input type="checkbox"/> Incumplimiento de la obligación empresarial (art. 19 de la OM de 25-11-66)
<input type="checkbox"/> Otros colectivos integrados en el Régimen General (Rep. comercio, taurino, trabajadores agrarios, empleados del hogar...)				<input type="checkbox"/> Recaída en situación de desempleo
<input type="checkbox"/> Renuncia al pago delegado empresas de menos de 10 trabajadores y en más de seis meses consecutivos de la IT (art. 16.2 de la OM de 25-11-66)				<input type="checkbox"/> Suspensión (contratos fijos-discontinuos)
<input type="checkbox"/> Para indicar expediente de la incapacidad permanente, tras Resolución del INSS				<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 alta INSS				<input type="checkbox"/> Otras causas no contempladas (especificar)



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL RÉGIMEN GENERAL

HIJOS A CARGO (sólo por baja médica de ITCC cuando la causa por pago directo sea por extinción de la relación laboral)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI/NIF/NIE	Fecha nacimiento	Estado civil	Incapacidad <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trabaja <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Rentas año anterior			Rentas año en curso		
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI/NIF/NIE	Fecha nacimiento	Estado civil	Incapacidad <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trabaja <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Rentas año anterior			Rentas año en curso		
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI/NIF/NIE	Fecha nacimiento	Estado civil	Incapacidad <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trabaja <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Rentas año anterior			Rentas año en curso		

DATOS ENTIDAD BANCARIA A LA QUE SE EFECTUARÁ EL PAGO

IBAN	Entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y manifiesto igualmente que asumo la obligación de comunicar a **ACTIVA MUTUA**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3, cualquier variación de los datos consignadas que se pueda producir de ahora en adelante, y

SOLICITO, mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación económica por incapacidad temporal.

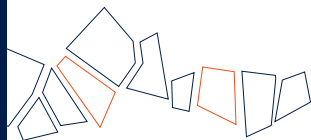
MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos del historial clínico, custodiado por esta mutua o centros concertados, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario a disposición de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la OM 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro organismo que tuviera atribuida la competencia, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informáticamente.

Firma del solicitante

....., a de de 20

* Criterios de conformidad a la Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, publicada en el BOE del 4 de noviembre, por la que se dictaban instrucciones para la compensación de los gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas, desarrollando lo que establece la Orden TIN / 971/2009, de 16 de abril (BOE del 21), por la se establece esta compensación de gastos de transporte en los casos anteriores.

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales serán tratados e incorporados en un fichero titular de ACTIVA MUTUA 2008 con el fin de gestionar las contingencias comunes y profesionales. Le informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal a través del envío de un correo electrónico a la dirección lopd@activamutua.es



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL RÉGIMEN GENERAL

Página 3 de 3

DOCUMENTACIÓN NECESARIA:

Documentación común a todas las solicitudes:

- Fotocopia del DNI o permiso de residencia en vigor, aportando original no caducado.
- Modelo 145 de IRPF.
- Fotocopia cuenta corriente titularidad del trabajador en situación de I.T.
- Certificado de empresa, según los casos:
 - ▶ Certificado de empresa del mes anterior o tres meses anteriores a la baja médica.
 - ▶ Comunicación empresa solicitante pago directo a partir del 7º mes de baja, si se trata de la causa de renuncia al pago delegado en empresas de menos de 10 trabajadores.
 - ▶ Representantes de comercio: justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses (TC1 / 3).
 - ▶ Artistas y taurinos: Certificado de Tesorería de la base reguladora diaria de la media de los 365 días anteriores a la baja médica.
 - ▶ Empleados del Hogar: Certificado del empleador del mes anterior o los tres meses anteriores a la baja médica y justificante de ingreso de las cotizaciones de los meses a que haga referencia el certificado, tanto si el obligado al ingreso es empleador como si lo es el empleado que trabaje menos de 60 horas al mes por empleador, por común acuerdo entre ambas partes.
- Certificado Tesorería de estar al corriente de pago para los trabajadores del sistema especial agrario con períodos de inactividad, los representantes de comercio y los artistas, y por el empleado de hogar que de común acuerdo con empleador ingresa las cuotas.
- Hoja de llamamiento a la actividad, los trabajadores fijos discontinuos.
- En caso de que el supuesto de pago directo sea un Expediente de Regulación de Empleo: Comunicación de ERE y resolución de SEPE de concesión prestación desempleo.

Contingencia Común:

- Fotocopia de la baja médica y entrega de los partes de confirmación de la baja a partir de la fecha de fin de contrato.
- Si el caso del pago directo es la extinción de contrato, certificado de empresa con los 180 últimos días cotizados a su empresa o empresas anteriores. En caso de no disponer de esta documentación, aportar informe de vida laboral y de Bases de Cotización que expide la Tesorería General de la Seguridad Social.

En caso de que no se haya presentado toda la documentación que le hemos solicitado, dispone de un plazo de diez días para presentarla.
Transcurrido este plazo se tendrá por desistido, de acuerdo con lo previsto en el art. 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

ACTIVA MUTUA LE INFORMA:

El disfrute de prestaciones del sistema de la Seguridad Social o la prolongación indebida de las mismas, por medio del error provocado mediante la simulación o tergiversación de hechos, o la ocultación consciente de hechos de los que tenía el deber de informar, causando con ello un perjuicio a la Administración Pública, son conductas delictivas tipificadas en el art. 307 del Código Penal, susceptibles de ser castigadas desde pena de multa del tanto al séxtuplo hasta pena de seis meses a tres años de prisión.

La Mutua está facultada para requerir a reconocimiento médico. La negativa infundada a someterse a estos reconocimientos médicos dará lugar a la expedición de la propuesta de alta por los servicios médicos o por la Inspección del Servicio Público de Salud respecto a las situaciones de incapacidad temporal derivadas de contingencias comunes (Art. 13 Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal).

En caso de incomparecencia injustificada a reconocimiento médico, se procederá a la extinción de la prestación económica (art. 131 bis del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social).