



SOL·LICITUD DE PAGAMENT DIRECTE DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER INCAPACITAT TEMPORAL RÈGIM GENERAL

Pàgina 1 de 3

DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT

Primer cognom		Segon cognom		Nom	
DNI/NIF/NIE	Data naixement	Sexe Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/>	Número de la Seguretat Social		
Telèfon	Mòbil	Correu electrònic			
Domicili a efectes fiscals					
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	CP
Població			Província		

DADES DE LA PRESTACIÓ D'INCAPACITAT TEMPORAL

Malatia comuna <input type="checkbox"/>	Malaltia professional <input type="checkbox"/>	Accident no laboral <input type="checkbox"/>	Accident de treball <input type="checkbox"/>	Data de la baixa mèdica
Règim general <input type="checkbox"/>	Rep. comerç <input type="checkbox"/>	Artistes i taurins <input type="checkbox"/>	Règim mar <input type="checkbox"/>	EEHH amb abonament delegat cotització ocupador
Altres				
<input type="checkbox"/> SEA. Ha prestat serveis el dia de la baixa mèdica? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Indiqueu data última jornada real treballada/...../.....	
Ha tingut algun altre procés de IT durant els 180 dies naturals anteriors a l'actual? <input type="checkbox"/> SÍ. I el procés actual és degut a la mateixa malaltia que l'anterior? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO				

SUPÒSITS DE PAGAMENT DIRECTE DE LA INCAPACITAT TEMPORAL (Assenyali la causa que correspongui)

Extinció del contracte <input type="checkbox"/>	ERO extintiu <input type="checkbox"/>	ERO suspensiu <input type="checkbox"/>	Indicar el% de reducció ERO	<input type="checkbox"/> Incompliment de l'obligació empresarial (art. 19 de l'OM de 25-11-66)
<input type="checkbox"/> Altres col·lectius integrats en el Règim general (Rep. comerç, taurí, treballadors agraris, empleats de la llar...)			<input type="checkbox"/> Recaiguda en situació de desocupació	
<input type="checkbox"/> Renúncia al pagament delegat empreses de menys de 10 treballadors i a més de sis mesos consecutius de la I.T. (art. 16.2 de l'OM de 25-11-66)			<input type="checkbox"/> Suspensió (contractes fixos-discontinus)	
<input type="checkbox"/> Per indicar expedient de la incapacitat permanent, rere Resolució de l'INSS			<input type="checkbox"/> Exhaustiment del termini màxim de la prestació de: <input type="checkbox"/> 365 dies <input type="checkbox"/> 545 dies	
<input type="checkbox"/> Disconformitat alta INSS			<input type="checkbox"/> Altres causes no contemplades (especificar)	



SOL·LICITUD DE PAGAMENT DIRECTE DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER INCAPACITAT TEMPORAL RÈGIM GENERAL

FILLS A CÀRREC (només per baixa mèdica d'ITCC quan la causa per pagament directe sigui per extinció de la relació laboral)

Primer cognom		Segon cognom		Nom	
DNI/NIF/NIE	Data naixement	Estat civil	Incapacitat SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Treballa SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rendes any anterior			Rendes any en curs		
Primer cognom		Segon cognom		Nom	
DNI/NIF/NIE	Data naixement	Estat civil	Incapacitat SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Treballa SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rendes any anterior			Rendes any en curs		
Primer cognom		Segon cognom		Nom	
DNI/NIF/NIE	Data naixement	Estat civil	Incapacitat SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Treballa SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Rendes any anterior			Rendes any en curs		

DADES ENTITAT BANCÀRIA A LA QUAL S'EFECTUARÀ EL PAGAMENT

IBAN	Entitat	Sucursal	DC	Número de compte

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud i manifesto igualment que assumeixo l'obligació de comunicar a **ACTIVA MÚTUA**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 3, qualsevol variació de les dades consignades que es pugui produir d'ara en endavant, i

SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que es cursi la meua petició de prestació econòmica per incapacitat temporal.

MANIFESTO 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 a disposició de l'Agència Estatal d'Administració Tributària, en els termes que estableix l'OM 18-11-99 (BOE del dia 30), o en qualsevol altre organisme que en tinguis atribuïda la competència, així com perquè les meves dades d'identificació personal i de residència puguin ser consultades, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informàticament.

....., a de de 20

Firma del sol·licitant

* Criteris de conformitat a la Resolució de 21 d'octubre de 2009, de la Secretaria d'Estat de la Seguretat Social, publicada al BOE del 4 de novembre, per la qual es dictaven instruccions per a la compensació de les despeses de transport en els casos d'assistència sanitària derivada de riscos professionals i de compareixences per a la realització d'exàmens o valoracions mèdiques, desenvolupant el que estableix l'Ordre TIN/971/2009, de 16 d'abril (BOE del 21), per la qual s'estableix aquesta compensació de despeses de transport en els casos anteriors.

Complint amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les seves dades personals seran tractades i incorporades en un fitxer titular d'ACTIVA MÚTUA 2008 amb la finalitat de gestionar les contingències comunes i professionals. L'informem de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal a través de l'enviament d'un correu electrònic a l'adreça lop@activamutua.es



DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA:

Documentació comuna a totes les sol·licituds:

- Fotocòpia del DNI o permís de residència en vigor, aportant original no caducat.
- Model 145 d'IRPF.
- Fotocòpia compte corrent titularitat del treballador en situació d'I.T.
- Certificat d'empresa, segons els casos:
 - ▶ Certificat d'empresa del mes anterior o tres mesos anteriors a la baixa mèdica.
 - ▶ Comunicació empresa sol·licitant pagament directe a partir del 7è mes de baixa, si es tracta de la causa de renúncia al pagament delegat en empreses de menys de 10 treballadors.
 - ▶ Representants de comerç: justificants del pagament de quotes dels tres últims mesos (TC1 / 3).
 - ▶ Artistes i taurins: Certificat de Tresoreria de la base reguladora diària de la mitjana dels 365 dies anteriors a la baixa mèdica.
 - ▶ Empleats de la llar: Certificat de l'ocupador del mes anterior o els tres mesos anteriors a la baixa mèdica i justificant d'ingrés de les cotitzacions dels mesos als quals faci referència el certificat, tant si l'obligat a l'ingrés és l'ocupador com si ho és l'empleat que treballi menys de 60 hores al mes per ocupador, per comú acord entre ambdues parts.
- Certificat Tresoreria d'estar al corrent de pagament per als treballadors del sistema especial agrari amb períodes d'inactivitat, per als representants de comerç i per als artistes, i per a l'empleat de llar que de comú acord amb l'ocupador ingressa les quotes.
- Full de crida a l'activitat, pels treballadors fixos discontinus.
- En cas que el supòsit de pagament directe sigui un Expedient de Regulació d'Ocupació: Comunicació d'ERO i resolució de SEPE de concessió prestació atur.

Contingència Comuna:

- Fotocòpia de la baixa mèdica i lliurament dels comunicats de confirmació de la baixa a partir de la data de fi de contracte.
- Si el cas del pagament directe és l'extinció de contracte, certificat d'empresa amb els 180 últims dies cotitzats a la seva empresa o empreses anteriors. En cas de no disposar d'aquesta documentació, aportar informe de vida laboral i de Bases de Cotització que expedeix la Tresoreria General de la Seguretat Social.

En el cas que no s'hagi presentat tota la documentació que li hem sol·licitat, disposa d'un termini de deu dies per presentar-la.
Transcorregut aquest termini es considerarà que ha desistit, d'acord amb el que preveu l'art. 71 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú.

ACTIVA MÚTUA LI INFORMA:

El gaudi de prestacions del sistema de la Seguretat Social o la prolongació indeguda de les mateixes, per mitjà de l'error provocat mitjançant la simulació o tergiversació de fets, o l'ocultació conscient de fets dels que tenia el deure d'informar, causant amb això un perjudici a l'Administració Pública, són conductes delictives tipificades a l'art. 307 del Codi Penal, susceptibles de ser castigades des de pena de multa del tant al sextuple fins a pena de sis mesos a tres anys de presó.

La Mútua està facultada per requerir 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 respecte a les situacions d'incapacitat temporal derivades de contingències comunes (Art. 13 Ordre de 19 de juny de 1997 per la qual es desenvolupa el Reial Decret 575/1997, de 18 d'abril, que modifica determinats aspectes de la gestió i del control de la prestació econòmica de la Seguretat Social per incapacitat temporal).

En cas de incompareixença injustificada a reconeixement mèdic, es procedirà a l'extinció de la prestació econòmica (art. 131 bis del Reial Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social).