



## SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL RÉGIMEN ESPECIAL

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

|  |                  |  |                               |                          |    |
|--|------------------|--|-------------------------------|--------------------------|----|
| Primer apellido                            |                  | Segundo apellido   |                               | Nombre                   |    |
| DNI/NIF/NIE                                | Fecha nacimiento | Sexo<br>Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> | Número de la Seguridad Social |                          |    |
| Teléfono                                   | Móvil            | Correo electrónico   |                               |                          |    |
| Domicilio a efectos fiscales ( Calle, vía) |                  |  |                               | Número Tarjeta Sanitaria |    |
| Número                                     | Bloque           | Escalera   | Piso                          | Puerta                   | CP |
| Población                                  |                  |  | Provincia                     |                          |    |

### DATOS DE LA GESTORÍA - ASESORÍA

|  |                       |          |
|--|-----------------------|----------|
| ¿Tiene un graduado social, gestor o asesor que le gestione los temas con la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Nombre o Razón Social |          |
| Domicilio  | Localidad             | Teléfono |

### 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 |
| ¿Ha tenido algún otro proceso de Incapacidad Temporal (IT) durante los 180 días naturales anteriores a la actual?<br>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Y el proceso actual se debe a la misma enfermedad que el anterior? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |   |   |   |                         |
| Base cotización mínima <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |   |   |   |                         |
| Tipo Base cotización Mínima .....  |   |   |   |                         |

### DATOS ENTIDAD BANCARIA A LA QUE SE EFECTUARÁ EL PAGO

| IBAN | Entidad | Sucursal | D.C. | Número de cuenta |
|------|---------|----------|------|------------------|
|      |         |          |      |                  |

1) ACEPTO EXPRESAMENTE recibir las comunicaciones y/o notificaciones emitidas por ACTIVA MUTUA, por medios electrónicos, en base al art. 41 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a ACTIVA MUTUA.

(1) Marcar una X para autorizar a Activa Mutua.

**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 núm. 3, cualquier variación de los datos consignados que se pueda producir de ahora en adelante, y

**SOLICITO**, mediante la firma de este impreso, que se curse 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 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.

....., a ..... de ..... de 20 ..... Firma del solicitante



### 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 IT.
- Fotocopia de los últimos 3 boletines de cotización.
- Modelo **"Declaración sobre la situación de actividad"** (\*).
- En caso de acreditar la deuda: Certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social de situación de abono de cuotas y solicitud o copia del acuerdo de aplazamiento de las mismas.

Contingencia Común:

- Fotocopia de la baja médica y entrega de los partes de confirmación de la baja.

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.

(\*) Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre.  
Artículo 78 del real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre.  
Resolución de 4 de febrero de 2004 de la Dirección General del INSS.

#### OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN LAS DISPOSICIONES CITADAS

1. Los trabajadores por cuenta propia o autónomos que se encuentren en situación de incapacidad temporal deberán presentar, dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, declaración sobre la persona que gestiona directamente el establecimiento mercantil, industrial o de una otra naturaleza del que sean titulares o, si procede, el cese definitivo de la actividad (**DECLARACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE ACTIVIDAD**).
2. La presentación de la declaración es requerimiento preceptivo por el reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad temporal a favor del trabajador por cuenta propia o autónomo.
3. Mientras se mantenga la situación de incapacidad temporal, los trabajadores por cuenta propia o autónomos, presentarán la declaración con periodicidad semestral contando desde la fecha en que se inicia la situación de incapacidad.

### 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 Artículo 307 ter 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. En aplicación del artículo 9 RD 625/2014 de 18 de julio, le informamos que en caso de no acudir al reconocimiento médico se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica, y si la falta de personación no queda justificada en el plazo de 10 días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del derecho al subsidio con efectos del día en que se haya hecho efectiva la suspensión.

En caso de incomparecencia injustificada a reconocimiento médico, se procederá a la extinción de la prestación económica (artículo 174 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre).