

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIF	
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono		Teléfono móvil		Número afiliación S.S.	
Domicilio (calle o plaza) a efectos fiscales				Número	Bloque	Escalera	Piso
Código Postal	Localidad			Provincia			
Correo electrónico							
Tipo de contrato (tache tantas casillas como proceda)							
<input type="checkbox"/> Fijo		<input type="checkbox"/> Eventual		<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo		<input type="checkbox"/> A tiempo parcial	
Observaciones: _____							

2. Datos de la prestación

Incapacidad temporal (IT) derivada de:		Fecha de la baja: _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad común		
<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral		
¿Ha tenido algún otro proceso de incapacidad temporal durante los 6 meses anteriores al actual?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Se trata de una recaída?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Si es trabajador del Sistema especial agrario por cuenta ajena ¿Ha prestado servicios el día de la baja médica?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Fecha de la última jornada real realizada		_____ / _____ / _____	

3. Datos de la empresa

Razón social			
Código Cuenta Cotización		Régimen	
Domicilio	C. Postal	Localidad	Provincia

3.1 Datos de la otra empresa (en caso de pluriempleo)

Razón social		Tipo de contrato	
Código Cuenta Cotización		Régimen	
Domicilio	C. Postal	Localidad	Provincia

4. Datos de la entidad bancaria donde efectuar los pagos

Nombre entidad financiera		IBAN	Entidad	Oficina	Dígito control	Número de cuenta
Domicilio (calle o plaza)		C. Postal	Localidad		Provincia	

* 1. Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria

* 2. En caso que el titular de la cuenta no coincida con el trabajador en situación de IT, la transferencia será rechazada automáticamente.

5. Supuestos de pago directo de incapacidad temporal (señale la causa que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de IT que lo soliciten reglamentariamente (art. 16.2 de la Orden Ministerial de 25/11/66, BOE del 7/12/66)
<input type="checkbox"/>	Incumplimiento de la obligación patronal (art. 19 de la O.M. de 25/11/66)
<input type="checkbox"/>	Trabajadores del Régimen Especial Autónomos
<input type="checkbox"/>	Colectivos integrados en el Régimen General (Representantes de Comercio, Artistas y Profesionales Taurinos)
<input type="checkbox"/>	Trabajadores de Sistemas Especiales (Agrarios y Empleados del Hogar)
<input type="checkbox"/>	Trabajadores del Régimen del Mar con grupo de cotización II y III
<input type="checkbox"/>	Extinción/suspensión de la relación laboral durante la situación de incapacidad temporal:
<input type="checkbox"/>	Extinción recogida en el contrato
<input type="checkbox"/>	Suspensión de la relación laboral de los trabajadores fijos discontinuos
<input type="checkbox"/>	Resolución judicial, administrativa o acto firme, despedido
<input type="checkbox"/>	Extinción producida antes de los 15 días de baja médica
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento, jubilación, incapacidad del empresario o extinción del empresario como persona jurídica
<input type="checkbox"/>	Otros _____

- Continuación situación de IT tras el cese voluntario en la empresa
- Agotamiento de los 545 días de la prestación de IT por pago delegado a través de la empresa
- Resolución de prórroga de IT tras los 365 días
- Otras causas

6. Otros datos

6.1.	Datos fiscales
Tipo voluntario de retención por IRPF % Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se aplique: <input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario %	

6.2.	Datos de hijos menores de 26 años o mayores discapacitados y de los menores acogidos que convivan con el solicitante (sólo para trabajadores que hayan extinguido su contrato)
-------------	---

Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha nacimiento	Estado civil	¿Está incapacitado?	Grado de minusvalía	Ingresos anuales del año anterior			
						Trabajo por cuenta ajena y actividades profesion. y empres. (*)		Rendimientos de capital y/o otras rentas (*)	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	

(*) Para trabajo por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para trabajo por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

7. Alegaciones

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados, y

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

....., de de 20

Firma del solicitante

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151, con CIF G-08215824, le informa que sus datos de carácter personal serán incorporados a un fichero debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos. La finalidad del mismo es la gestión de las funciones que le son propias como entidad colaboradora de la Seguridad Social, en concreto aquellas derivadas de la prestación económica por incapacidad temporal objeto de la presente solicitud. Los datos facilitados, únicamente podrán ser comunicados a terceros expresamente autorizados o aquellos que colaboren directamente en el cumplimiento de la finalidad antes indicada, y siempre de acuerdo a los requerimientos que legalmente sean exigibles. Asimismo, le informamos que Ud. tiene derecho a la consulta, rectificación, cancelación y oposición de sus datos pudiéndolos ejercitar mediante solicitud dirigida a Asepeyo, c/ Vía Augusta nº 36, 08006 Barcelona, a través de correo electrónico a la dirección asepeyo@asepeyo.es, contactando con nuestro servicio de atención al usuario (902 151 002) y/o personándose en uno de nuestros centros asistenciales.

A CUMPLIMENTAR POR ASEPEYO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIF
Clave de identificación de su expediente			
Persona de contacto			

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR LA MUTUA	
1	<input type="checkbox"/> DNI, NIE , pasaporte o equivalente
2	<input type="checkbox"/> Modelo IRPF
3	<input type="checkbox"/> Certificado minusvalía
4	<input type="checkbox"/> Parte de baja y/o confirmación
5	<input type="checkbox"/> Parte de alta
6	<input type="checkbox"/> Certificado de empresa del mes anterior al accidente/baja
7	<input type="checkbox"/> Certificado SEPE
8	<input type="checkbox"/> Certificado de Bases de Cotización de TGSS
9	<input type="checkbox"/> Certificado de empresa con las bases de cotización de los 180 últimos días cotizados en la empresa
10	<input type="checkbox"/> Nóminas últimos 180 días cotizados
11	<input type="checkbox"/> TC2 de cotización de los últimos 180 días cotizados.
12	<input type="checkbox"/> Carta de despido
13	<input type="checkbox"/> Acta conciliación ante CMAC (original y fotocopia)
14	<input type="checkbox"/> Resolución ERE y relación de afectados
15	<input type="checkbox"/> Nómina del mes anterior al accidente/baja
16	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial o fijo discontinuo: nóminas de los tres meses anteriores al accidente/baja
17	<input type="checkbox"/> Declaración jurada incumplimiento empresarial
18	<input type="checkbox"/> Comunicación de que la empresa traslada a la Mutua su obligación de pago directo
19	<input type="checkbox"/> Cuenta propia: justificante pago cuotas del último mes
20	<input type="checkbox"/> Cuenta propia (excepto agrarios por cuenta propia y TRADE): declaración situación de actividad
21	<input type="checkbox"/> Acuerdo de aplazamiento de deudas.
22	<input type="checkbox"/> Representante comercio: justificante pago de cuotas de los tres últimos meses (TC 1/3)
23	<input type="checkbox"/> Régimen del mar obligados al ingreso de cuotas: justificante pago de cuotas de los tres últimos meses
24	<input type="checkbox"/> Empleados del hogar que las obligaciones de cotización recaigan sobre el empleado del hogar: justificante de pago de cuotas de los tres últimos meses
25	<input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena: certificado empresa
26	<input type="checkbox"/> Artistas y profesionales taurinos: certificado de TGSS acreditando la base reguladora de la IT
27	<input type="checkbox"/> Otros

<p>Recibi los documentos requeridos a excepción de los números</p> <p style="text-align: center;">Firma</p> <p>Nombre del trabajador de Asepeyo</p> <p>Fecha Lugar</p>

Documentos que debe presentar con esta solicitud

1. En todos los casos:

- Modelo "Solicitud Pago Directo de la Prestación de IT".
- Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Extranjeros: NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria a efectos de pago o Pasaporte o documento de identidad vigente en su país.
- En caso de tratarse de una baja por Contingencias Comunes: Parte médico de baja, último parte de confirmación y, en su caso, alta médica
- Modelo "IRPF Retenciones sobre rendimientos del trabajo" cumplimentado y firmado por el interesado (excepto si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL (art. 82 del reglamento del IPRF). Excepción: no se requiere en las solicitudes de pago directo IT por Anulación de la suspensión **MODELO 145**

2. Documentación adicional:

2.0.- En casos I.T. derivada de Contingencias Profesionales:

- **Certificado de empresa** que acredite la base de cotización del mes anterior al accidente.
- En caso de recaída estando en situación de desempleo contributivo se deberá aportar un **Certificado emitido por el SEPE**.
- En caso de suspensión temporal del contrato o reducción de jornada por causas económicas, técnicas, organizativas o de producción o de causa mayor (ERE temporal), se deberá aportar un **Certificado emitido por el SEPE**.

2.1.- En casos de I.T. Por Contingencias Comunes.

2.1.1.- Si el motivo de solicitud de pago directo es extinción, suspensión o cese voluntario de la relación laboral:

- 1º. **Certificado de Bases de Cotización** emitido por la TGSS, que comprenda los 180 últimos días cotizados a partir de la extinción de la relación laboral.
- 2º. Si el **Certificado de Bases de Cotización no comprende los 180 días cotizados** anteriores a la fecha de extinción de la relación laboral o no se dispone, será necesario aportar Certificado de empresa y uno de los siguientes documentos emitidos por la empresa:

Nota: Si la antigüedad en la última empresa es inferior a 180 días, deberá aportar documentación de todas las empresas hasta computar 180 días de cotización en los últimos 6 años cotizados.

- Copia de las **nóminas** de los 180 últimos días cotizados.
- o
- Copias de los **modelos TC2** de cotización de los últimos 180 días cotizados .

- 3º. Si en el último año ha percibido una prestación por desempleo y no está consumido, se deberá aportar un **Certificado emitido por el SEPE** con expresión del período reconocido, consumido y base reguladora.

Nota: El período que abone la mutua se descontará de la prestación de desempleo a la que pueda tener derecho el beneficiario (artículo 222.1 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio).

En caso que la Prestación por Desempleo no esté extinguida, el resto de documentación referente a las bases de cotización no será necesaria, ya que la base reguladora diaria para el cálculo de la Incapacidad Temporal será la acreditada por el INEM.

2.1.2.- Si el motivo de solicitud de pago directo es por otros motivos:

- **Certificado de empresa** que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja.

2.2.- Documentos que acrediten la extinción/suspensión de la relación laboral:

- Carta de despido.
- Acta de conciliación ante el CMAC. Solicitar al CMAC.
- Resolución ERE o Comunicación de la empresa a la Autoridad Laboral y relación de afectados.

2.3.- Otra documentación:

- **Trabajador del régimen general:** nómina o documento TC2 del mes anterior al accidente/baja.
- **Trabajador del régimen general con contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo:** nóminas o documentos TC2 de los tres meses anteriores al accidente/baja.
- **Trabajador del régimen general que solicita el pago directo por incumplimiento empresarial:** declaración jurada incumplimiento empresarial.
- **Trabajador del régimen general que solicita el pago directo por tratarse de una empresa de menos de diez trabajadores y llevar más de 6 meses de baja:** comunicación de que la empresa trasladada a la Mutua su obligación de pago directo a partir del 1º del mes natural siguiente.
- **Trabajador del régimen general que solicita el pago directo por extinción, suspensión o cese voluntario de la relación laboral:** podrá ser necesario el Informe de Vida Laboral.
- **Trabajador por cuenta propia:** justificante de pago de cuotas del último mes.
- **Trabajador por cuenta propia (excepto agrarios por cuenta propia y TRADE):** **declaración de situación de actividad.**
- **Trabajador por cuenta propia que acredite deuda con la Seguridad Social:** acuerdo de aplazamiento de las mismas emitido por la TGSS.
- **Representante de comercio:** justificantes del pago de cuotas de los tres último meses (TC 1/3).
- **Trabajador del régimen del mar obligado al ingreso de cuotas:** justificante de pago de cuotas de los tres últimos meses.
- **Trabajador del sistema de empleados del hogar que realice menos de 60 horas mensuales por empleador y que se haya acordado que las obligaciones de cotización recaigan sobre el empleado del hogar:** justificante de pago de cuotas de los tres últimos meses.
- **Trabajador por cuenta ajena del sistema especial agrario:** certificado de empresa cumplimentado conforme al TC 2/8 del mes anterior a la baja y justificante de los tres últimos meses (TC 1/9).
- **Artistas y profesionales taurinos:** certificado de TGSS acreditando la base reguladora de la IT.

No se olvide de pedir el resguardo acreditativo de haber presentado esta solicitud

Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de Asepeyo ante cualquier duda.

Asepeyo le informa que:

- Esta solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- Los datos personales que Ud. aporte serán custodiados por los servicios de documentación de esta Mutua.
- La inclusión de datos falsos y la obtención fraudulenta de prestaciones pueden constituir delito