

PETICIÓN DE PAGAMENTO DIRECTO POR INCAPACIDADE TEMPORAL, TRABALLADORES POR CONTA ALLEA

Cubra este impreso da forma máis exacta posible porque así facilitará o trámite da súa prestación.

Antes de comezar a escribir lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubri-lo correctamente.

Moi importante (só en enfermidade común e en accidente non laboral): se o motivo do pagamento directo da prestación é a extinción da relación laboral, o período que aboe a mutua será descontado da prestación de desemprego a que poida ter dereito o beneficiario (artigo 283.1 da Lei Xeral da Seguridade Social).

1. DATOS PERSOAIS

Apellidos e nome:

DNI / NIF: NAF: Sexo: Home Muller

Teléfono Data de nacemento: Núm. de fillos para os efectos de desemprego IT:

Correo Electrónico:

Domicilio para efectos fiscais:

Localidade y Código Postal:

Tipo de Contrato (Risque todos os recadros que procederen):

Fixo Eventual Fixo Discontinuo A tempo Parcial Observacións

2. DATOS FISCAIS

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable só se é superior ao que regulamentariamente proceda)

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, para os efectos de retención por IRPF desexa que se lle aplique:

Táboa xeral. Número de fillos Táboa de pensións Tipo voluntario

3. DATOS DA PRESTACIÓN

Data da baixa Oficina FREMAP ou entidade que tramitou o expediente:

Incapacidade Temporal Derivada de:

Enfermidade común Accidente non laboral Enfermidade profesional Accidente de traballo

¿Tivo algún outro proceso de IT durante os 6 meses anteriores ao actual? Si Non

¿O proceso actual débese á mesma enfermidade do anterior? Si Non

4. SUPOSTOS DE PAGAMENTO DIRECTO DE IT

Faga constar a causa que corresponder:

- Supostos excluídos de pagamento delegado.
- Empresas de menos de dez traballadores e máis de seis meses consecutivos de aboamento de IT que o soliciten regulamentariamente. (Art. 16.2 da OM de 25-11-66). (BOE do día 7 de decembro).
- Incumprimento obriga empresarial pagamento subsidio desde ata
- Extinción relación laboral durante a situación de IT:
 - Extinción do contrato de traballo.
 - Resolución xudicial, administrativa ou acto firme.
 - Falecemento do empresario.
 - Xubilación do empresario.
 - Invalidez do empresario.
 - Extinción do empresario como persoa xurídica.
 - Despedimento.
- Por esgotar prazo máximo situación de IT ou inicio de expediente de incapacidade permanente.
- Fin de campaña, traballadores fixos discontinuos.
- Xubilación parcial.

5. SÓ EN ENFERMIDADE COMÚN E EN ACCIDENTE NON LABORAL: IDENTIFICACIÓN E RENDAS DOS FILLOS QUE COVIVEN E ESTÁN A CARGO DO TRABALLADOR NO MES PRECEDENTE Á DATA DE INICIO DO PAGAMENTO DIRECTO ⁽¹⁾

DNI ou Pasaporte	Apelidos e Nome	F. de Nacemento	Declaración Renda ⁽³⁾	Importe de las rentas mensuales ⁽²⁾						
				Rendementos traballo	Pensións e prestacións de emprego	Capital mobiliario suxeito ou non a retención	Capital inmobiliario	Actividades profesionais empresariais ou agrarias	Outras rendas	Total rendas

Total rendas

(1) Cubrir só os datos dos fillos a cargo do solicitante, menores de 26 anos ou máis vellos se son incapacitados, indicando, se for o caso, esta última circunstancia coa letra "(l)" na columna de data de nacemento.

(2) Indicaranse as rendas netas (ingresos menos gastos) nos rendementos de actividades profesionais, artísticas, empresariais e agrarias, así como nos incrementos ou diminucións patrimoniais e rendementos irregulares. No resto de rendementos indicaranse as rendas brutas ou ingresos íntegros. Na columna de pensións e prestacións, indique, ademais do importe, se a renda deriva dunha pensión (P), dunha prestación contributiva (C) ou dun subsidio de emprego (S). As rendas que se perciban con periodicidade superior ao mes serán rateadas. No referente ás rendas do traballo e outras que se perciban mensualmente, computaranse as do mes anterior.

(3) Indique "SI" ou "NON" realizou a última declaración esixible do Imposto da Renda.

6. DATOS DA EMPRESA (para cubriren os traballadores)

Razón Social:

CCC:

Domicilio

Código Postal:

Localidade:

Provincia:

DATOS DA EMPRESA (para cubriren os traballadores en caso de pluriemprego)

Razón Social:

CCC:

Domicilio

Código Postal:

Localidade:

Provincia:

Tipo de Contrato:

7. ENTIDAD FINANCIERA DE COBRO (Los pagos se realizarán por transferencia bancaria)

Banco

IBAN:

Rúa e localidade da sucursal:

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, manifestando, igualmente, que estou informado da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación dos datos nela expresados que se puidesen producir a partir de agora, e

SOLICITO, mediante a sinatura do presente impreso, que se dea curso á miña petición de prestación por incapacidade temporal, adoptando para iso todas as medidas necesarias para a súa mellor resolución.

, de de

(Sinatura do traballador.)

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado Regulamento).

Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es.

Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: www.agpd.es).

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR CORRECTAMENTE A PETICIÓN

- Escriba con claridade e en letras maiúsculas.
- Solicite o asesoramento e axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON ESTA PETICIÓN

1. En todo o caso, fotocopia (por ambas as caras) do DNI.
2. Documentación adicional:
 - a. En supostos de extinción da relación laboral:
 - i. Fotocopia do libro de familia.
 - ii. **Certificado de cotizacións da última empresa.** (1)
 - iii. Só en enfermidade común e en accidente non laboral: se a antigüidade na última empresa é inferior a 180 días, certificados de todas as empresas ata computar 180 días de cotización. (1)
 - iv. No caso descrito no punto 2.1.3., deberá achegar, ademais, **Certificado de Vida Laboral** da Tesouraría Xeral da Seguridade Social.
 - v. **Fotocopia dos contratos de traballo.**
 - vi. Fotocopia do escrito da empresa ao traballador ou das resolucións administrativas ou xudiciais que impliquen a extinción da relación laboral.
 - vii. Fotocopia das liquidacións.
 - viii. No caso descrito no punto iii, deberá achegar **certificado** da Tesouraría Xeral da Seguridade Social, en que consten as bases reguladoras cotizadas nos 180 días considerados ou, de non o haber, fotocopia dos modelos de cotización e recibos de salarios do mesmo período..
 - b. En supostos de pagamento directo por motivo diferente da extinción da relación laboral:
 - i. Documento que xustifique a procedencia do pagamento directo. (2)
 - ii. Documentación que xustifique a base reguladora da prestación. (2)
 - c. Empregados do fogar:
 - i. Contrato de traballo.
 - ii. Certificado do empregador. (1)
 - d. Traballadores por conta allea agrarios:
 - i. Certificado de empresa. (1)
 - ii. Fotocopia da nómina do mes da baixa médica, e do anterior se estivo de alta na empresa.
 - iii. En caso de recaída da baixa médica unha vez extinta a relación laboral: Certificado de xornadas reais nos últimos seis anos, emitido pola Tesouraría Xeral da Seguridade Social.
3. E o modelo 145 de situación para os efectos de IRPF debidamente cuberto. (Agás País Vasco e Navarra).

(1) Impreso facilitado pola FREMAP ou pola empresa.

(2) Consulte o xestor do seu expediente na FREMAP.