

## SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

|                   |
|-------------------|
| SELLO DE ENTRADA  |
| Nº de expediente: |

| 1. DATOS PERSONALES                                     |  |  |                  |              |  |  |               |          |      |        |
|---|--|--|------------------|--------------|--|--|---------------|----------|------|--------|
| PRIMER APELLIDO   |  |  | SEGUNDO APELLIDO |              |  | NOMBRE                                       |               |          |      |        |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>/ /                              | SEXO<br><input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER |  | NIF / NIE        | NACIONALIDAD |  | NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL<br>/ / |               |          |      |        |
| DOMICILIO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...) a efectos fiscales |  |  |                  |              |  | NÚMERO                                       | BLOQUE        | ESCALERA | PISO | PUERTA |
| LOCALIDAD   |  |  |                  | PROVINCIA    |  |  | CÓDIGO POSTAL |          |      |        |
| TELÉFONO FIJO   |  |  | TELÉFONO MÓVIL   |              |  | CORREO ELECTRÓNICO                           |               |          |      |        |

| 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD  |   |
|--|---|
| INCAPACIDAD LABORAL DERIVADA DE<br><input type="checkbox"/> Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Accidente no laboral <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional |   |
| FECHA BAJA MÉDICA<br>/ /   | ¿Ha tenido otro proceso de IT durante 6 meses anteriores al actual? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO POR CUENTA AJENA<br>¿Ha prestado servicios el día de la baja?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      Fecha de la última jornada real realizada:   / /                    |   |

| 3. SUPUESTO DE PAGO DIRECTO DE IT (marque la causa que corresponda)  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colectivo excluido de pago delegado: representantes de comercio, jubilado a tiempo parcial, agrario por cuenta ajena, empleado hogar, régimen del mar, etc.                             |  |
| <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 OM de 25/11/66, BOE de día 7 de diciembre.) |  |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento de la obligación empresarial de pago delegado (art. 19 de la OM de 25/11/1966)   |  |
| <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo   | <input type="checkbox"/> Suspensión relación laboral de trabajadores fijos discontinuos                          |
| <input type="checkbox"/> Suspensión / Extinción de la relación laboral   | <input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato   |
|  | <input type="checkbox"/> Despido, sentencia judicial, resolución administrativa o acto firme                     |
|  | <input type="checkbox"/> Jubilación, incapacidad, fallecimiento o extinción del empresario como persona jurídica |
|  | <input type="checkbox"/> Cese voluntario en la empresa   |
| <input type="checkbox"/> Recaída de la situación de IT durante la percepción de la prestación por desempleo  |  |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de la situación de IT después de 365 días de baja: prórroga de IT o inicio de expediente de incapacidad permanente  |  |
| <input type="checkbox"/> Continuidad IT después de 18 meses: No cotización por parte de la empresa   |  |

| 4. DATOS FISCALES            |  |
|------------------------------|--|
| TIPO VOLUNTARIO IRPF: _____% | Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:<br><input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos: _____ <input type="checkbox"/> Tabla de pensiones <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: _____ % |

| 5 COBRO (Número código IBAN para el cobro de la prestación) |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| IBAN  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

\*Para evitar errores y asegurarnos de que es titular de la cuenta, le aconsejamos que presente una fotocopia de la cuenta bancaria junto a esta solicitud.

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 070461196

| 6. DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (Cumpliméntelo sólo si es distinto al apartado 1) |  |                |           |                    |        |               |      |        |
|--|--|----------------|-----------|--------------------|--------|---------------|------|--------|
| DOMICILIO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...) a efectos fiscales  |  |                |           | NÚMERO             | BLOQUE | ESCALERA      | PISO | PUERTA |
| LOCALIDAD  |  |                | PROVINCIA |                    |        | CÓDIGO POSTAL |      |        |
| TELÉFONO FIJO  |  | TELÉFONO MÓVIL |           | CORREO ELECTRÓNICO |        |               |      |        |

| 7. DATOS DE LOS HIJOS (*) (Sólo en caso de extinción de relación laboral) |                      |                     |              |             |                     |   |   |
|---|----------------------|---------------------|--------------|-------------|---------------------|---|---|
| Nombre y Apellidos  | DNI, NIE o Pasaporte | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | Incapacidad | Grado de Minusvalía | INGRESOS ANUALES DEL AÑO ANTERIOR                                     |   |
|   |                      |                     |              |             |                     | Trabajo cuenta ajena y actividades profesionales y empresariales (**) | Rendimientos de capital y/o otras rentas (**) |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |
|   |                      |                     |              |             |                     | 20  | 20  |

(\*) Hijos menores de 26 años o mayores incapacitados y de los menores acogidos que convivan con el solicitante.  
 (\*\*) 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.

| 8. ALEGACIONES |
|----------------|
|                |

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

|                       |
|-----------------------|
| Firma del solicitante |
|-----------------------|

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Antes de firmar este formulario, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

**Información básica sobre privacidad**

Responsable: MUTUA BALEAR | Finalidad: Evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Legitimación: Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la Mutua por la normativa aplicable en materia de seguridad social, cumplimiento de obligaciones en materia fiscal, contable, de seguridad social y sanitaria. Interés legítimo para la evaluación de los servicios de la Mutua | Destinatarios: Sus datos sólo serán comunicados a terceros por obligación legal, con su consentimiento o cuando sea necesario para la gestión y el control de las prestaciones, por ejemplo a administraciones o entidades que tengan competencia y control de las prestaciones y a otras mutuas con las que MUTUA BALEAR colabora | Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional. | Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad> | Contacto DPD: [dpd@mutuabalear.es](mailto:dpd@mutuabalear.es)



## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- DATOS PERSONALES.** Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
- MOTIVO DE LA SOLICITUD.** Cruce con un aspa [X] las casillas correspondientes. No olvide consignar la fecha que proceda.
- SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT.** Cruce con un aspa [X] las casillas correspondientes.
- DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se aplicarán las retenciones a cuenta del IRPF. Es imprescindible que cumplimente el modelo 145 de la Agencia Tributaria (Comunicación de datos al pagador).
- COBRO.** Recuerde que debe ser titular de la cuenta que se indique y que cualquier error en los datos puede afectar al percibo del subsidio.
- DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES.** Sólo debe indicarse cuando desee recibir las notificaciones en un domicilio distinto al suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se pidan actuaciones en determinados plazos.
- DATOS HIJOS A SU CARGO.** Sólo debe cumplimentarse si se ha producido la extinción del contrato de trabajo.
- ALEGACIONES.** Haga uso de este apartado si desea añadir algo que considere importante para el trámite de su prestación y no vea recogido en esta solicitud. Sea breve y conciso.

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD

Acreditación de la identidad mediante la siguiente documentación en vigor:

- Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI)
- Extranjeros: Pasaporte o documento de identidad vigente en su país y Número de Identificación de Extranjero (NIE) expedido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria a efectos de pago.

Documentación relativa a la cotización:

- Trabajador por cuenta ajena: Certificación de las últimas empresas en las que ha trabajado o de su empleador.
- Trabajador por cuenta propia: Justificante de pago de cuotas de los últimos 3 meses.

Datos médicos:

- Partes médicos de baja, confirmación de baja y, cuando sea el caso, alta.
- Si procede de pago delegado, partes de confirmación siguientes al último abonado por la empresa y, cuando sea el caso, parte médico de alta.

Datos adicionales:

Si la IT deriva de contingencia profesional, es imprescindible la declaración del accidente de trabajo a través del sistema DELT@ o de la enfermedad profesional a través de CEPROSS.

Documentación acreditativa de la extinción de la relación laboral:

- Por extinción en periodo de prueba: copia del contrato de trabajo
- Por causas recogidas en el contrato de trabajo: copia de la notificación dictada por su empresa al respecto.
- Por despido: carta de despido, acta de conciliación o sentencia.
- Por cese voluntario: copia de la carta que ha presentado a la empresa para rescindir la relación laboral.

Otros

- Declaración de datos al pagador, modelo 145 de la Agencia Tributaria.
- Si solicita el pago por incumplimiento de la obligación empresarial, declaración jurada de no haber percibido el subsidio a través de su empresa.
- Si es trabajador autónomo, declaración de la situación de actividad.

## INFORMACIÓN DE SU INTERÉS

El plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento es de 30 días a contar desde la fecha en la que ha presentado ante esta Entidad toda la documentación necesaria.

La falta de resolución en plazo es negativa, por lo que podrá entender que su petición ha sido desestimada y solicitar que se dicte resolución.

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos ante cualquier delegación de esta Mutua en un plazo máximo de 10 días a contar desde que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado dará lugar al archivo de su solicitud por entender que desiste de la misma.

Debe comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los datos consignados en esta solicitud mientras perciba la prestación.