

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

### 1. DATOS PERSONALES

|                           |       |      |      |          |                  |                                  |           |             |                     |           |
|---------------------------|-------|------|------|----------|------------------|----------------------------------|-----------|-------------|---------------------|-----------|
| Primer apellido           |       |      |      |          | Segundo apellido |                                  |           |             |                     |           |
| Nombre                    |       |      |      | Teléfono |                  | Núm. Afiliación Seguridad Social |           | DNI/NIE/TIE | Fecha de nacimiento |           |
| Domicilio (calle o plaza) |       |      |      |          |                  |                                  |           |             |                     |           |
| Núm.                      | Bloq. | Esc. | Piso | Puerta   | Código Postal    |                                  | Localidad |             |                     | Provincia |

### 2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

|                      |  |  |  |  |               |  |          |  |               |  |
|----------------------|--|--|--|--|---------------|--|----------|--|---------------|--|
| Nombre de la empresa |  |  |  |  | C.C.C.        |  | Teléfono |  |               |  |
| Dirección            |  |  |  |  | Localidad     |  |          |  | Código Postal |  |
| Asesoría / Gestoría  |  |  |  |  | Tel. Asesoría |  | e-mail   |  |               |  |

### 3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

|   |   |   |   |  |                                      |
|---|---|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Común | <input type="checkbox"/> Accidente No laboral | <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional | <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo   | Fecha de baja                                |                                      |
| <input type="checkbox"/> Régimen General  | <input type="checkbox"/> Cuenta propia        | <input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena   | <input type="checkbox"/> Representante Comercio | <input type="checkbox"/> Artistas y taurinos | <input type="checkbox"/> Régimen Mar |

### 4. MOTIVO DEL PAGO

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fin de Relación Laboral.  | <input type="checkbox"/> Empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono de IT. |
| <input type="checkbox"/> Entidades u organismos excluidos de la obligación de pago delegado. | <input type="checkbox"/> Trabajador fijo discontinuo.  |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento Empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66).          | <input type="checkbox"/> Otros.  |
| <input type="checkbox"/> Prórrogas.  |  |

### 5. DATOS BANCARIOS

| ENTIDAD | SUCURSAL | D.C. | Nº CUENTA |
|---------|----------|------|-----------|
|         |          |      |           |

### 6. DATOS FISCALES

|  |
|--|
| Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ %<br>(no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido) |
|--|

### 7. A QUIÉN PERTENECE

|                          |   |                          |   |                          |   |                          |  |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|

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 la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

Firma del interesado

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nota: De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en ficheros de su Mutua, con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar sus derecho de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, puede dirigirse mediante escrito a su Mutua.