

## 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 - ASESORIA

Nombre de la empresa					C.C.C.		Teléfono		
Dirección				Localidad				Código Postal	
Asesoría / Gestoría					Teléfono		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 de Comercio	<input type="checkbox"/> Artistas y taurinos	<input type="checkbox"/> Régimen Mar
<input type="checkbox"/> Empleados de Hogar					

### 4. MOTIVO DEL PAGO

<input type="checkbox"/> Fin de la Relación Laboral.	<input type="checkbox"/> Empresa con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses concutivos de abono de IT.
<input type="checkbox"/> Entidades u organismor 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. (IT, ...)
<input type="checkbox"/> Prórrogas.	

### 5. DATOS BANCARIOS - IBAN

CODIGO PAIS	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

### 6. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (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"/>		<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 de 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 los datos de carácter personal que nos facilite con ocasión de la cumplimentación del presente formulario serán incorporados a un fichero titularidad de EGARSAT MCSS nº 276 con la finalidad de gestionar la solicitud de la prestación económica por incapacidad temporal que Usted nos remita. La negativa a facilitar la información solicitada impediría absolutamente cumplir las finalidades antes descritas. Asimismo, le informamos que sus datos podrán ser comunicados a las entidades públicas competentes con amparo en lo previsto en la normativa en vigor. Usted tiene derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante el envío de una carta a EGARSAT MCSS nº 276, situada en Av. Roquetes, nº 63-65, 08174, Sant Cugat del Vallés (Barcelona).