

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 cuentaajena | <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

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 _____

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En cumplimiento del Reglamento 2016/679 de la Unión Europea relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que:</p> | |
| Responsable del tratamiento | <p>El responsable del tratamiento de sus datos es EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276, con domicilio social en Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.</p> |
| Finalidad | <p>Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de la prestación económica por incapacidad temporal.</p> |
| Base de Legitimación | <p>EGARSAT solo procederá al tratamiento de datos personales porque existe, por lo menos, una de las siguientes bases de legitimación del tratamiento: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. En concreto, el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del derecho laboral y de la seguridad y protección social, en la medida en que así lo autoriza la Ley General de la Seguridad Social, R.D.L 8/2015, de 30 de octubre.</p> |
| Destinatarios | <p>Sus datos podrán ser comunicados por obligación legal a administraciones públicas (por ejemplo: al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social), a entidades bancarias para proceder al cobro de los servicios o pago de prestaciones, y a empresas y profesionales de la salud colaboradores de EGARSAT, únicamente con el propósito de satisfacer las finalidades indicadas. Sus datos también pueden ser cedidos a otras mutuas en cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social (Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, de Colaboración de las Mutuas con la Seguridad Social). Es posible que, en alguna ocasión, para cumplir las finalidades indicadas, sea necesario realizar una transferencia internacional de sus datos más allá de los países del Espacio Económico Europeo.</p> |
| Criterio de Conservación de los datos | <p>Conservaremos sus datos personales de identificación y administrativos mientras le prestemos cualquier tipo de servicio -a usted o a su empresa- o nos lo preste usted y, por lo menos, durante 5 años después de que finalice la relación con la mutua, en cumplimiento del artículo 16 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Colaboración de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. Los datos de salud que podamos tratar de usted serán conservados en cumplimiento de los plazos de conservación legalmente establecidos en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, salvo que una normativa autonómica prevea uno diferente mayor. Del mismo modo, procederemos a conservar toda aquella documentación que sea necesaria para poder atender cualquier proceso judicial o contingencia prevista, mientras se prevea su utilidad. Para aquellos supuestos en los que es necesario su consentimiento expreso, sus datos se conservarán hasta que solicite su supresión o revoque su consentimiento, salvo en el caso de candidatos que facilitan su currículum, en cuyo caso la información será destruida de forma segura en un plazo máximo de 6 meses.</p> |
| Derechos | <p>Usted tiene derecho a revocar, en cualquier momento, cualquier consentimiento que nos haya otorgado y a acceder a la información que tenemos de usted, a rectificarla, a suprimirla, a oponerse a su tratamiento, a solicitar la limitación del tratamiento o a pedir la portabilidad de sus datos y a que no se tomen decisiones automatizadas en base a sus datos, incluida la realización de perfiles. Para ello, tan sólo precisa comunicarlo mediante escrito firmado, adjuntando una fotocopia de cualquier documento oficial válido que acredite su identidad (DNI, pasaporte...), dirigido a: EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 - Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona Alternativamente, se puede dirigir a nuestro Delegado de Protección de Datos, que es la persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad. Puede hacerlo a través de dpo@egarsat.es o mediante carta postal a la atención del Sr. Delegado de Protección de Datos, remitida a la dirección indicada, incluyendo la referencia "DPD - Delegado de Protección de Datos". En caso de ejercicio de derechos por medio de representante, será necesario que la solicitud se acompañe de autorización expresa y copia del DNI, pasaporte o documento</p> |
| | <p>oficial equivalente del representante y del representado. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control.</p> |
| Información adicional | <p>Si no nos facilita los datos solicitados o no presta los consentimientos solicitados, es posible que no se pueda satisfacer su pretensión.</p> |