

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido				Segundo apellido					
Nombre		Teléfono		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE		Fecha de nacimiento	
								__ / __ / ____	
Domicilio									
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad			
Provincia						E-mail			

2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

Nombre de la empresa				CCC		Teléfono		
Dirección			Localidad		Código postal		E-mail Empresa	
Asesoría / Gestoría			Tel. Asesoría			E-mail Asesoría		

3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Enfermedad Común	Accidente No Laboral	Enfermedad Profesional	Accidente de Trabajo	Fecha de baja __ / __ / ____
Régimen General	Cuenta Propia	Agrario cuenta ajena	Representante de Comercio	
Artistas y taurinos	Régimen del Mar	Empleados de Hogar		

4. MOTIVO DEL PAGO

Fin de la Relación Laboral

Empresa con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono de IT

Entidades u organismos excluidos de la obligación de pago delegado

Trabajador fijo discontinuo

Incumplimiento Empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66)

Otros (IT, ...)

Prórrogas

5. DATOS BANCARIOS

Código o país	Entidad	Sucursal	D.C.	Nº cuenta

6. DATOS FISCALES

6.1 Domicilio fiscal (marque la opción que proceda)

a) En territorio nacional, excepto territorio foral

b) En territorio foral (indique el que corresponda)

Bizkaia

Araba

Gipuzkoa

Navarra

c) No residente en territorio nacional

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

6.2 Sólo en el caso de domicilio fiscal en territorio foral:

Descendientes a cargo con derecho a deducción según la respectiva Norma Foral reguladora del IRPF:

Desc. 1 Desc. 2 Año de nacimiento Desc. 3 Desc. 4 Desc. 5 Desc. 6

Discapacidad del solicitante (grado de minusvalía reconocido) :

Igual o superior al 33%

Igual o superior al 65%

¿Obligado a satisfacer pensión compensatoria al cónyuge o pareja de hecho por resolución judicial?

Importe anual

6.3 Tipo voluntario de retención

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

7. A QUIÉN PERTENECE



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

_____, ____ de _____ de _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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:

Responsable del tratamiento	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.
Finalidad	Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de la prestación económica por incapacidad temporal.
Base de Legitimación	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.
Destinatarios	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.
Criterio de Conservación de los datos	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
Derechos	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 oficial equivalente del representante y del representado. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control.
Información adicional	Si no nos facilita los datos solicitados o no presta los consentimientos solicitados, es posible que no se pueda satisfacer su pretensión.