

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ ECONÒMICA PER INCAPACITAT TEMPORAL TREBALLADORS PER COMPTA PROPÍ I AUTÒNOMS

MOLT IMPORTANT: La presentació davant FREMAP de la declaració de situació d'activitat, adjunta a aquesta sol·licitud, després del termini reglamentari de quinze dies des de la baixa mèdica podrà suposar la reducció o pèrdua de la prestació econòmica d'incapacitat temporal.

1. DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ

NIF/NIE/PASSAPORT: NÚM. d'Afiliació:
Sexe: Home Dona Cognoms i nom:
Data de naixement: Adreça electrònica:
Telèfon mòbil:
Direcció habitual
País: Província: Localitat:
Població: Codi postal:
Tipus de via: Vía: NÚM. de la via:
Bis: Si No Bloc: Escala: Pis: Porta:

DADES DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOL·LICITUD DEL BENEFICIARI, QUE ACTUA COM:

Representant legal Curador o defensor judicial Guardador de fet
DNI/NIF: Cognoms i nom:
Adreça electrònica: País: Telèfon:
País: Província: Localitat:
Població: codi postal:
Tipus de via: Vía: NÚM. de la via:
Bis: Si No Bloc: Escala: Pis: Porta:

2. 2. DADES DE LA PRESTACIÓ

Data de la baixa mèdica: Incapacitat
Incapacitat temporal derivada de:
Malaltia Comuna Accident no laboral Malaltia Professional Accident de Treball
Existència de deute de quotes del règim d'autònoms: Si No
Si té deute vigent, ajornament de deute concedit per Tresoreria General Si No
Data resolució de l'ajornament:

3. DADES FISCALS:

Tipus voluntari de retenció per IRPF % (només és aplicable si és superior a què reglamentàriament proceda)

Informe la seua direcció fiscal si és diferent a l'habitual:

País: Província: Localitat:
Població: codi postal:
Tipus de via: Vía: NÚM. de la via:
Bis: Si No Bloc: Escala: Pis: Porta:

Si la seua residència fiscal està en TERRITORI FORAL, indiqueu els fills i altres descendents a l'efecte de retenció per IRPF

Any de naixement	Any d'adopció (*)	Discapacitat	Mobilitat reduïda	Computat per assabente

* Només en el cas de fills adoptats o de menors acollits. Tractant-se de fills adoptats que prèviament hagueren estat acollits, indiqueu l'any de l'acolliment

4. ENTITAT FINANCERA DE COBRAMENT (Els pagaments es faran per transferència bancària i, en el cas de sol·licitud per un guardador de fet, el titular del compte corrent haurà de ser necessàriament el treballador beneficiari de la prestació)

IBAN:

DECLARE, baix la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigne en present sol·licitud, manifestant, igualment, que quede assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades en ella expressats que poguera produir-se d'ara endavant, i SOL·LICITE, mitjançant la firma de l'este imprés, que es done curs a la meua petició de prestació per Incapacitat Temporal, adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seua millor resolució.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma del sol·licitant)

DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR:

1. Haurà d'acreditar la seua identitat amb la firma d'esta sol·licitud mitjançant certificat digital o, si no, amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substituïska, que serà comparat per FREMAP i li serà tornat (per favor, en cap cas ha d'aportar-se amb el reste de documentació fotocopia del DNI). En comptes de l'indicat, per a evitar la personació física en les oficines de FREMAP, serà suficient amb l'aportació del rebut del pagament de la quota del Règim Especial de Treballadors Autònoms corresponent al mes immediatament anterior al de la baixa mèdica o de qualsevol altre rep bancari no anterior al mes previ al de la sol·licitud de la prestació, sempre que en qualsevol d'estos rebuts bancaris conste el número complet del compte corrent (IBAN) i que vostè aparega com un dels seus titulars. També podrà acreditar la seua identitat sense necessitat de presència física mitjançant un certificat actualitzat de la titularitat del compte corrent que ha consignat per a l'abonament de la prestació, havent d'aparèixer com titular en este certificat.
2. Si la sol·licitud es formula per persona diferent de l'autònom beneficiari, documentació acreditativa de la representació legal, curatela, defensa judicial o guarda de fet (en este últim suposat, la condició de guardador de fet pot acreditar-se mitjançant llibre de família - que justifique, si escau, la relació de parentesc entre guardador i beneficiari-, certificat d'empadronament o documentació que acredite la convivència, així com aquells documents de què es desprenga clarament tal condició).
3. En cas que la sol·licitud es formule pel guardador de fet, fotocopia d'un document bancari en què conste l'autònom beneficiari com titular del compte corrent en què s'ingressarà la prestació.
4. En el moment de sol·licitar la prestació i posteriorment, amb periodicitat semestral, butlletí de cotització en el Règim Especial de la persona que substitueix el titular durant la baixa, o còpia del justificant de cotització, si el substitut és treballador per compte d'altri.
5. Emplenar en la seva totalitat i subscriure la declaració que apareix a continuació d'aquesta sol·licitud, que s'haurà de renovar semestralment.
6. Fotocopia del butlletí de cotització del mes anterior al de la baixa mèdica.
7. I el model 145 de situació a l'efecte d'IRPF degudament emplenat. (Excepte País Basc i Navarra, supòsits en què s'ha d'acompanyar, en el seu lloc, fotocòpia del llibre de família per acreditar l'edat dels fills).
8. En cas de que tinga ajornament de deute de cotització en el RETA concedit per la Tresoreria General de la Seguretat Social, ha d'aportar còpia de la resolució de este organisme.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogue-ren correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) del citat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguen presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament, dret a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, de manera presencial en qualsevol de les oficines o hospitals de FREMAP o per correu electrònic dirigit a derechos_arco@fremap.es firmant la sol·licitud amb certificat electrònic. Així mateix, té dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. (www.aepd.es)

DECLARACIÓ DE SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT

El Sr. / la Sra. _____ amb

número d'afiliació a la Seguretat Social _____ amb D.N.I.

i amb domicili a

declara boix la seua responsabilitat que:

És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa: Si No⁽¹⁾

Que aquest establiment té el domicili social a

Tel. _____ que l'activitat econòmica, ofici o professió és la de _____
i que durant la situació d'incapacitat temporal l'activitat queda en la situació següent:

1. Gestionat per:

a. Familiar:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. de document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

Parentesc

a. Empleat de l'establiment:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. de document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

b. Gestionat per una altra persona:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. de document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

2. Cessament temporal o definitiu en l'activitat durant la situació d'incapacitat temporal del titular de l'establiment.

3. O, al contrari, declara que està inclòs en el Règim Especial de treballadors per compte propi o autònoms pel que fa a l'activitat econòmica de

que té el domicili a _____, tel. _____

_____, a _____ de/d' _____ de

(Signatura del treballador)

(1) Si es marca la casella NO s'ha d'emplenar el punt 3.

INFORMACIÓ SOBRE LA SISTEMÀTICA D'ABONAMENT DE LA PRESTACIÓ

El pagament del subsidi d'incapacitat temporal es farà mitjançant transferència bancària al compte corrent que ha consignat en esta sol·licitud.

Per a això NO haurà de presentar davant FREMAP les parts de confirmació que li siguem estesos pel metge que li atén durant la seua baixa mèdica.

Les transferències bancàries es faran l'últim dia hàbil de cada mes, d'acord amb la programació que s'indica a continuació:

Calendari de pagaments de totes les prestacions econòmiques periòdiques durant 2026:



Nota: En estes dates, FREMAP emet l'orde de transferència bancària, podent rebre's l'abonament en el compte corrent del beneficiari al següent dia hàbil.

El període que s'abonarà serà fins al dia 23 de cada mes.

No obstant això, si la incapacitat temporal ha superat la duració de 365 dies, el període que s'abonarà serà com a màxim fins al penúltim dia hàbil de cada mes.

Per exemple, si la transferència bancària s'emet un dilluns, l'abonament correspondrà fins al divendres anterior.