

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

Rellene este impreso de la forma más exacta posible porque así facilitará el trámite de su prestación.

Antes de empezar a escribir lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

Muy importante: Si el motivo del pago directo de la prestación es la extinción de la relación laboral, el período que abone la mutua se descontará de la prestación de desempleo a la que pueda tener derecho el beneficiario (artículo 283.1 de la Ley General de la Seguridad Social).

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL SOLICITANTE BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y Nombre:

DNI / NIF:

NAF:

Sexo:

Hombre

Mujer

Teléfono

Fecha de Nacimiento: Correo

Núm. de hijos a efectos de desempleo IT:

Correo electrónico:

Domicilio a efectos fiscales:

Localidad y Código Postal:

Tipo de Contrato (Tache tantas casillas como proceda):

Fijo

Eventual

Fijo Discontinuo

A tiempo Parcial

Observaciones

1.2 DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOLICITUD DEL BENEFICIARIO, QUE ACTUA COMO:

Representante legal

Curador o defensor judicial

Guardador de hecho

Apellidos y nombre:

DNI/NIF:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad:

código postal:

2. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general. Número de hijos:

Tabla de pensiones

Tipo voluntario

3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja:

Oficina FREMAP o Entidad que tramitó el Expediente:

Incapacidad Temporal Derivada de:

Enfermedad Común

Accidente no laboral

¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 6 meses anteriores a l actual?

Si

No

¿El proceso actual es debido a la misma enfermedad del anterior?

Si

No

4. SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT

Haga constar la causa que corresponda:

1. Supuestos excluidos de pago delegado.
2. Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de IT que lo soliciten reglamentariamente. (Art. 16.2 de la OM de 25-11-66). (BOE del día 7 de diciembre).
3. Incumplimiento obligación empresarial pago subsidio desde: _____ hasta _____
4. Extinción relación laboral durante la situación de IT:
 - a. Extinción del contrato de trabajo.:
 - b. Resolución judicial, administrativa o acto firme.
 - c. Fallecimiento del empresario.
 - d. Jubilación del empresario.
 - e. Invalidez del empresario.
 - f. Extinción del empresario como persona jurídica.
 - g. Despido.
5. Por agotar plazo máximo situación de IT o inicio de Expediente de Incapacidad Permanente.
6. Fin de campaña, trabajadores fijos discontinuos.
7. Jubilación parcial.

5. IDENTIFICACIÓN Y RENTAS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN Y ESTÁN A CARGO DEL TRABAJADOR EN EL MES PRECEDENTE A LA FECHA DE INICIO DEL PAGO DIRECTO ⁽¹⁾

DNI o Pasaporte	Apellidos y Nombre	F. de nacimiento	Declaración de la Renta ⁽³⁾	Importe de las rentas mensuales ⁽²⁾						
				Rendimientos trabajo	Pensiones y prestaciones desempleo	Capital mobiliario sujeto o no a retención	Capital inmobiliario	Actividades profesionales, empresariales o agrarias	Otras rentas	Total rentas

Total rentas

(1) Cumplimentar sólo los datos de los hijos a cargo del solicitante, menores de 26 años o mayores si son incapacitados, indicando, en su caso, esta última circunstancia con la letra "(I)" en la columna de fecha de nacimiento.

(2) Se indicarán las rentas netas (ingresos menos gastos) en los rendimientos de actividades profesionales, artísticas empresariales y agrarias, así como en los incrementos o disminuciones patrimoniales y rendimientos irregulares. En el resto de rendimientos se indicarán las rentas brutas o ingresos íntegros. En la columna de pensiones y prestaciones, indicar, además del importe, si la renta deriva de una pensión (P), de una prestación contributiva (C) o de un subsidio de desempleo (S). Las rentas que se perciban con periodicidad superior al mes se prorratearán. En cuanto a las rentas del trabajo y otras que se perciban mensualmente, se computarán las del mes anterior.

(3) Indicar "SI" o "NO" realizó la última Declaración exigible del Impuesto de la Renta.

6. DATOS DE LA EMPRESA (a cumplimentar por los trabajadores)

Razón Social: _____ CCC: _____
Domicilio _____ Código Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____

DATOS DE LA EMPRESA (a cumplimentar por los trabajadores en caso de pluriempleo)

Razón Social: _____ CCC: _____
Domicilio _____ Código Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tipo de Contrato: _____

7. ENTIDAD FINANCIERA DE COBRO (Los pagos se realizarán por transferencia bancaria y, en el caso de solicitud por un guardador de hecho, el titular de la cuenta corriente deberá ser necesariamente el trabajador beneficiario de la prestación):

Banco _____ IBAN: _____

Dirección de la Sucursal: _____

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 FREMAP 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 mejor resolución.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma del solicitante)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. En todo caso, fotocopia (por ambas caras) del DNI.
2. Si la solicitud se formula por persona diferente al trabajador beneficiario, documentación acreditativa de la representación legal, curatela, defensa judicial o guarda de hecho (en este último supuesto, la condición de guardador de hecho puede acreditarse mediante libro de familia -que justifique, en su caso, la relación de parentesco entre guardador y beneficiario-, certificado de empadronamiento o documentación que acredite la convivencia, así como aquellos documentos de los que se desprenda claramente tal condición)
3. Documentación adicional:
 - a. En supuestos de extinción de la relación laboral:
 - i. Fotocopia del Libro de Familia.
 - ii. Certificado de Cotizaciones de la última empresa. (1)
 - iii. Si la antigüedad en la última empresa es inferior a 180 días, certificados de todas las empresas hasta computar 180 días de cotización. (1)
 - iv. En el caso descrito en el punto iii, deberá aportar, además, Certificado de Vida Laboral de la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - v. Fotocopia de los Contratos de Trabajo.
 - vi. Fotocopia del Escrito de la Empresa al Trabajador o de las Resoluciones Administrativas o Judiciales que impliquen la Extinción de la Relación Laboral.
 - vii. Fotocopia de los finiquitos.
 - viii. En el caso descrito en el punto iii, deberá aportar certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social, en el que consten las bases reguladoras cotizadas en los 180 días considerados o, en su defecto, fotocopia de los modelos de cotización y recibos de salarios del mismo periodo.
 - b. En supuestos de pago directo por motivo distinto de la extinción de la relación laboral:
 - i. Documento que justifique la procedencia del pago directo. (2)
 - ii. Documentación que justifique la base reguladora de la prestación. (2)
 - c. Empleados del hogar:
 - i. Contrato de trabajo.
 - ii. Certificado del empleador. (1)
 - d. Trabajadores por cuenta ajena agrarios:
 - i. Certificado de empresa. (1)
 - ii. Fotocopia de la nómina del mes de la baja médica, y del anterior si estuvo de alta en la empresa.
 - iii. Una vez extinguida la relación laboral: Certificado de jornadas reales en los últimos seis años, emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
4. El modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado (excepto País Vasco y Navarra).
5. En el caso de que la solicitud se formule por el guardador de hecho, fotocopia de un documento bancario en el que conste el trabajador beneficiario como titular de la cuenta corriente en que se ingresará la prestación

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

- (1) Impreso facilitado por FREMAP o por la empresa.
- (2) Consulte al gestor de su expediente en FREMAP.

INFORMACIÓN SOBRE LA SISTEMÁTICA DE ABONO DE LA PRESTACIÓN

El pago del subsidio de incapacidad temporal se realizará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente que ha consignado en esta solicitud.

Para ello NO deberá presentar ante FREMAP los partes de confirmación que le sean extendidos por el médico que le atiende durante su baja médica.

Las transferencias bancarias se realizarán el último día hábil de cada mes, de acuerdo con la programación que se indica a continuación

Calendario de pagos de todas las prestaciones económicas periódicas durante 2023:



Nota: En estas fechas, FREMAP emite la orden de transferencia bancaria, pudiendo recibirse el abono en la cuenta corriente del beneficiario al siguiente día hábil.

El período que se abonará será hasta el día 23 de cada mes.

Sin embargo, si la incapacidad temporal ha superado la duración de 365 días, el período que se abonará será como máximo hasta el penúltimo día hábil de cada mes. Por ejemplo, si la transferencia bancaria se emite un lunes, el abono corresponderá hasta el viernes previo.

HOJA PARA EL TRABAJADOR BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN