

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

1. Datos personales

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	Nº de Seguridad Social	
Tipo IRPF voluntario ⁽¹⁾ (Superior al obligatorio según normativa fiscal)	Domicilio	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos de la prestación

Régimen de Seguridad Social	Colectivo/ Sistema Especial			
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Autónomo	<input type="checkbox"/> Mar	<input type="checkbox"/> Representante de Comercio <input type="checkbox"/> Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Empaquetado Tomate	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/> Torero	<input type="checkbox"/> Artista
Fecha de baja médica <input type="text"/> / <input type="text"/>	¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Causa de baja: <input type="checkbox"/> EC (Enfermedad Común) <input type="checkbox"/> ANL (Accidente No Laboral)	<input type="checkbox"/> EP (Enfermedad Profesional) <input type="checkbox"/> AT (Accidente de Trabajo)			

3. Causa del pago directo (solo para trabajadores/as por cuenta ajena)

- Extinción de la relación laboral
- Agotamiento del plazo máximo de 365 días
- Disconformidad alta INSS
- Trabajador/a excluido/a de pago delegado (Autónomo, Hogar, Representante de Comercio, Jubilado Parcial, Agrario...)
- Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario desde /
- Recaída en situación de desempleo
- Suspensión [Trabajador/a, Fijo- Discontinuo, Excedencia Voluntaria, Incomparecencia Justificada o ERE(Expediente Regulación Empleo)]
- Empresa de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado
- Días de baja hasta la notificación del alta médica por el INSS (art. 170.2 TRLGSS)
- Otras causas

4. Hijos/as a cargo (menores de 26 años o mayores incapacitados)

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Incapacitado Si/No	Trabaja Si/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

5. Datos bancarios

(Solicitante-Titular)

CÓDIGO PAÍS	CCC			NÚMERO DE CUENTA
	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSA		
IBAN:				

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y sus reglamentos, MUTUALIA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL nº 2 procede a la captación y tratamiento de sus datos personales, lo cual es indispensable para la gestión de sus prestaciones y el ejercicio de las competencias que tiene atribuida legalmente esta Mutua. Tales datos son incluidos en un fichero, inscrito y registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos, durante los plazos legalmente establecidos. Los datos de carácter personal recibidos no serán objeto de cesión a terceros salvo autorización expresa de la persona titular o en virtud de la aplicación de una Ley que así lo oblique y/o ampare. De igual modo MUTUALIA se compromete a respetar su confidencialidad y a utilizarlos exclusivamente de acuerdo con la finalidad referida del fichero. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberá dirigirse a la persona Responsable de Seguridad, con domicilio en MUTUALIA, 48009 Bilbao, c/ Henao, nº 26.

En a de de 20

Firma Solicitante

Solicitud Completa

Solicitud Incompleta⁽²⁾, pendiente de:

- DNI-NIE-Pasaporte:
- Certificado de empresa:
- Justificador de cotizaciones
- Declaración de situación de actividad
- Otros

Con la firma de la presente solicitud, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos que consigno en la misma y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los datos en ella expresados, que pudieran producirse durante la percepción de la prestación de Incapacidad Temporal.

Documentación necesaria

I. Para todas las solicitudes

Fotocopia del DNI, NIE, Pasaporte o carnet de conducir

II. Trabajadores por cuenta ajena

Certificado de empresa según los casos:

1. Si la causa del pago directo del apartado 3 de esta solicitud es por extinción de la relación laboral y la causa de su baja médica del apartado 2 es EC o ANL, certificado de empresa con los 180 últimos días cotizados en su empresa o empresas anteriores. **M.31.03/02** o fotocopia de la huella digital certificado@2 del SPE.
2. Para el resto de supuestos de pago directo: certificado de empresa del mes anterior a la baja, excepto por agotamiento de 365 días. **M.31.03/02**
3. Artistas y profesionales taurinos: declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5), que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
4. Agrarios Cuenta Ajena: certificado de empresa del mes anterior a la baja, si la baja es por Enfermedad Común certificado de los 12 meses anteriores al mes de la baja y si cotiza por jornadas reales certificado TC2/8. **IT-F4**
5. Sistema Especial de Hogar: certificado del empleador o empleadores, del mes anterior a la baja médica. **IT-F5**

II. Trabajadores por cuenta propia

1. Justificador de pago de las cuotas del último mes.
2. Declaración de situación de actividad. **M 31.03/03**
3. Si la causa de la baja médica del apartado 2 de esta solicitud es Accidente de Trabajo, el parte de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta (<https://www.delta.mtin.es> o en la comunidad Autónoma de Cataluña también <http://tramits.gencat.cat/> de la AOC)
4. Si la causa de la baja médica del apartado 2 es Enfermedad Profesional, cumplimentar el formulario correspondiente. **M 31.05/04**.

(1) Tipo IRPF voluntario

Según la normativa fiscal en materia del Impuesto Sobre la Renta de las Personas Físicas, constituyen rendimientos del trabajo las prestaciones recibidas por incapacidad temporal. Esto implica la necesidad de su tributación en la declaración de IRPF del correspondiente ejercicio.

Mutualia deducirá, cuando proceda, las cantidades relacionadas con la cotización a la Seguridad Social, así como las retenciones por IRPF. En la casilla habilitada en el apartado 1 de "Datos personales" puede solicitar que se le aplique un porcentaje de retención de IRPF voluntario. En el supuesto de no indicar nada en dicha casilla, Mutualia no practicará retención en el pago de las prestaciones en tanto no se supere el importe mínimo de rendimientos sujetos. Le informamos que cuanto más ajustadas estén las retenciones en base al total de rendimientos del trabajo, menor será en su liquidación de IRPF la diferencia entre la cuota resultante y las retenciones practicadas. Por ello le sugerimos que valore si le resulta conveniente señalar un tipo de retención voluntario desde el inicio de la prestación.

Con anterioridad a la presentación de su declaración de IRPF, Mutualia le enviará por correo a la dirección de su domicilio facilitada y, en su caso, por otros medios para los que nos haya autorizado, la información fiscal correspondiente a cada ejercicio.

(2) Solicitud Incompleta

En el caso de que no haya presentado toda la documentación que le hemos solicitado, dispone de un plazo de diez días para presentarla. Transcurrido dicho plazo se le tendrá por desistido, de acuerdo con lo previsto en el art. 68 de la Ley 39/2015, de 1 de Octubre (BOE del día 2), del Procedimiento Administrativo común de las Administraciones Públicas.

NOTA: Puede consultar el calendario de pagos en www.mutualia.es