

Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

1. DATOS PERSOAIS

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome		NIF/NIE/pasaporte	
Data de nacemento / /		Teléfono		Correo electrónico		N.º da Seguridade Social	
Tipo de IRPF voluntario (superior ao obrigatorio segundo a normativa fiscal) <input type="checkbox"/>		N.º de fillos a cargo <input type="checkbox"/>		Domicilio (rúa/praza/...)		Código postal	
				Localidade		Provincia	

2. DATOS DA PRESTACIÓN

Nome ou razón social da empresa				Código da conta de cotización da empresa			
Régime da Seguridade Social		Colectivo/Sistema especial:					
Xeral <input type="checkbox"/> Agrario conta allea <input type="checkbox"/>		Representante do comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Toureiro <input type="checkbox"/> Empaquetado do tomate <input type="checkbox"/>					
Autónomo <input type="checkbox"/> Mar conta propia <input type="checkbox"/>		Agrario conta allea <input type="checkbox"/> Empregado do fogar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>					
Tipo de contrato		Data da baixa médica / /		¿Estivo de baixa médica nos seis meses anteriores polo mesmo motivo? Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Causa da baixa: Enfermidade común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente non laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermidade profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de traballo (AT) <input type="checkbox"/>							

3. CAUSA DO PAGAMENTO DIRECTO (soamente para traballadores por conta allea)

Extinción da relación laboral por calquera causa (fin de contrato, despedimento, baixa voluntaria, etc.).....	<input type="checkbox"/>
Esgotamento de prazo máximo de: 365 días (art. 170.2)	<input type="checkbox"/>
545 días (18 meses) (art. 174)	<input type="checkbox"/>
Efectos da alta médica (ata a notificación) (art. 170.2)	<input type="checkbox"/>
Desconformidade coa alta no INSS (art. 170.2).....	<input type="checkbox"/>
Incumprimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario.....	<input type="checkbox"/>
Propio do réxime (empregados do fogar, traballadores do Sistema Especial Agrario)	<input type="checkbox"/>
Traballadores con contrato de xubilación parcial	<input type="checkbox"/>
Suspensión do contrato (traballadores/as fixos/as-descontinuos/as ou excedencia voluntaria)	<input type="checkbox"/>
Expediente de regulación de emprego (suspensión de contrato ou redución de xornada)	<input type="checkbox"/>
Empresas con menos de dez traballadores/as e máis de seis meses consecutivos con baixa médica.....	<input type="checkbox"/>
Recaída dun proceso previo en situación sen alta ou desemprego.....	<input type="checkbox"/>
Restablecemento do pagamento trala suspensión por non-comparecencias.....	<input type="checkbox"/>
Traballadores/as excluídos/as do pagamento delegado	<input type="checkbox"/>

4. FILLOS/AS A CARGO (soamente para o caso de baixa médica por EC- ANL cando causa o pagamento directo por extinción da relación laboral)

Apelidos e nome	DNI/NIE/pasaporte	Data de nacemento	Estado civil	Incapacitado Si/Non	Traballa Si/Non	Rendementos do ano anterior	Rendementos do ano en curso

5. DATOS BANCARIOS (solicitante - titular)

IBAN

En, a de de

Solicitud completa

Solicitud incompleta, pendente de:

Sinatura do solicitante

DNI/NIE/pasaporte	<input type="checkbox"/>
Certificado de empresa.....	<input type="checkbox"/>
Xustificantes de cotizacións	<input type="checkbox"/>
Declaración de situación da actividade.....	<input type="checkbox"/>
Modelo 145 (comunicación de datos ao pagador para efectos do IRPF).....	<input type="checkbox"/>
Outros.....	<input type="checkbox"/>

Rexistro de entrada

Información detallada sobre protección de datos

O asinante deste documento manifesta que os datos persoais son certos e que os datos de terceiras persoas que se proporcionen cando corresponda deberán contar co consentimento destas despois de ser informadas.

Responsable do tratamento: os datos persoais proporcionados son tratados por IBERMUTUA, mutua colaboradora coa Seguridade Social n.º 274 (IBERMUTUA), con domicilio en c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, 28043-Madrid, teléfono de contacto 900.23.33.33 e correo electrónico de contacto atencionalcliente@ibermutua.es. Pode contactar co delegado de protección de datos no enderezo: dpd@ibermutua.es

Finalidades do tratamento: os datos persoais son tratados para xestionar a relación con IBERMUTUA, tramitar a súa solicitude e o expediente de prestacións económicas da Seguridade Social que proceda cando se efectúe esta. Estes datos son necesarios para os fins indicados.

De igual maneira, os seus datos de contacto serán tratados para remitirle a información, as notificacións e os avisos relativos aos servizos prestados, o que poderá facerse mediante o envío de mensaxes de texto e correos electrónicos, se para iso nos proporciona o seu número de teléfono ou un enderezo de correo electrónico. Por iso, deberá manter actualizados os datos de contacto (enderezo, teléfono, correo electrónico) que lle proporcione a IBERMUTUA.

Lexitimidade: a base da licitude do tratamento dos datos persoais é o cumprimento das obrigas legais de IBERMUTUA derivadas da súa condición de mutua colaboradora coa Seguridade Social e o consentimento outorgado co asinamento do presente documento.

No caso de que se negue a facilitar os seus datos ou se opoña ao seu tratamento, teremos que suspender a nosa atención e a prestación dos servizos solicitados.

Destinatarios dos datos: os datos persoais poderán serlles comunicados aos organismos da Seguridade Social, ás entidades incluídas no Rexistro de Prestacións Sociais Públicas e aos organismos da Administración Pública, en cumprimento dunha obriga legal. Así mesmo, seranlles comunicados ás entidades financeiras para a xestión do pagamento da prestación solicitada.

Prazo de conservación dos datos: os datos persoais serán conservados durante os prazos esixidos legalmente pola normativa reguladora das mutuas colaboradoras coa Seguridade Social e os prazos necesarios para a atención das posibles responsabilidades derivadas do seu tratamento ou da relación xurídica subxacente durante o prazo de prescrición destas, en virtude da lexislación civil, mercantil, laboral, fiscal, administrativa e en materia de protección de datos.

Exercicio dos dereitos: pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición e, cando proceda legalmente, portabilidade, enviando unha comunicación a c/Arellano, n.º 27, Madrid-28043, ou ao enderezo electrónico: derechosdatospersonales@ibermutua.es, concretando o dereito solicitado e acreditando a súa identidade. Se considera que os seus dereitos non foron suficientemente atendidos, queda informado do seu dereito a presentar una reclamación perante a Axencia Española de Protección de Datos a través do seu sitio web www.agpd.es ou o enderezo c/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid ou o teléfono de contacto 912 663 517.

Máis información: no *Aviso legal e privacidad* de www.ibermutua.es.

Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

1. DATOS PERSOAIS

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome		NIF/NIE/pasaporte	
Data de nacemento / /		Teléfono fixo	Teléfono móbil	Correo electrónico		N.º da Seguridade Social	
Tipo de IRPF voluntario (superior ao obrigatorio segundo a normativa fiscal) <input type="checkbox"/>	N.º de fillos a cargo <input type="checkbox"/>	Domicilio (rúa/praza/...)		Código postal	Localidade	Provincia	

2. DATOS DA PRESTACIÓN

Nome ou razón social da empresa			Código da conta de cotización da empresa				
Régime da Seguridade Social Xeral <input type="checkbox"/> Agrario conta allea <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Mar conta propia <input type="checkbox"/>		Colectivo/Sistema especial: Representante do comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Toureiro <input type="checkbox"/> Empaquetado do tomate <input type="checkbox"/> Agrario conta allea <input type="checkbox"/> Empregado do fogar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>					
Tipo de contrato		Data da baixa médica / /		¿Estivo de baixa médica nos seis meses anteriores polo mesmo motivo? Si <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Causa da baixa: Enfermidade común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente non laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermidade profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de traballo (AT) <input type="checkbox"/>							

3. CAUSA DO PAGAMENTO DIRECTO (soamente para traballadores por conta allea)

Extinción da relación laboral por calquera causa (fin de contrato, despedimento, baixa voluntaria, etc.).....	<input type="checkbox"/>
Esgotamento de prazo máximo de: 365 días (art. 170.2)	<input type="checkbox"/>
545 días (18 meses) (art. 174)	<input type="checkbox"/>
Efectos da alta médica (ata a notificación) (art. 170.2)	<input type="checkbox"/>
Desconformidade coa alta no INSS (art. 170.2).....	<input type="checkbox"/>
Incumprimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario.....	<input type="checkbox"/>
Propio do réxime (empregados do fogar, traballadores do Sistema Especial Agrario)	<input type="checkbox"/>
Traballadores con contrato de xubilación parcial	<input type="checkbox"/>
Suspensión do contrato (traballadores/as fixos/as-descontínuos/as ou excedencia voluntaria)	<input type="checkbox"/>
Expediente de regulación de emprego (suspensión de contrato ou redución de xornada)	<input type="checkbox"/>
Empresas con menos de dez traballadores/as e máis de seis meses consecutivos con baixa médica.....	<input type="checkbox"/>
Recaída dun proceso previo en situación sen alta ou desemprego.....	<input type="checkbox"/>
Restablecemento do pagamento trala suspensión por non-comparencias	<input type="checkbox"/>
Traballadores/as excluídos/as do pagamento delegado	<input type="checkbox"/>

4. FILLOS/AS A CARGO (soamente para o caso de baixa médica por EC-ANL cando causa o pagamento directo por extinción da relación laboral)

Apelidos e nome	DNI/NIE/pasaporte	Data de nacemento	Estado civil	Incapacitado Si/Non	Traballa Si/Non	Rendementos do ano anterior	Rendementos do ano en curso

5. DATOS BANCARIOS (solicitante - titular)

IBAN

En a de de

Solicitud completa

Solicitud incompleta, pendiente de:

Sinatura do solicitante

DNI/NIE/pasaporte
Certificado de empresa.....
Xustificantes de cotizacións
Declaración de situación da actividade.....
Modelo 145 (comunicación de datos ao pagador para efectos do IRPF).....
Outros.....

Rexistro de entrada

Información detallada sobre protección de datos

O asinante deste documento manifesta que os datos persoais son certos e que os datos de terceiras persoas que se proporcionen cando corresponda deberán contar co consentimento destas despois de ser informadas.

Responsable do tratamento: os datos persoais proporcionados son tratados por IBERMUTUA, mutua colaboradora coa Seguridade Social n.º 274 (IBERMUTUA), con domicilio en c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, 28043-Madrid, teléfono de contacto 900.23.33.33 e correo electrónico de contacto atencionalcliente@ibermutua.es. Pode contactar co delegado de protección de datos no enderezo: dpd@ibermutua.es

Finalidades do tratamento: os datos persoais son tratados para xestionar a relación con IBERMUTUA, tramitar a súa solicitude e o expediente de prestacións económicas da Seguridade Social que proceda cando se efectúe esta. Estes datos son necesarios para os fins indicados.

De igual maneira, os seus datos de contacto serán tratados para remitirle a información, as notificacións e os avisos relativos aos servizos prestados, o que poderá facerse mediante o envío de mensaxes de texto e correos electrónicos, se para iso nos proporciona o seu número de teléfono ou un enderezo de correo electrónico. Por iso, deberá manter actualizados os datos de contacto (enderezo, teléfono, correo electrónico) que lle proporcione a IBERMUTUA.

Lexitimidade: a base da licitude do tratamento dos datos persoais é o cumprimento das obrigas legais de IBERMUTUA derivadas da súa condición de mutua colaboradora coa Seguridade Social e o consentimento outorgado co asinamento do presente documento.

No caso de que se negue a facilitar os seus datos ou se opoña ao seu tratamento, teremos que suspender a nosa atención e a prestación dos servizos solicitados.

Destinatarios dos datos: os datos persoais poderán serlles comunicados aos organismos da Seguridade Social, ás entidades incluídas no Rexistro de Prestacións Sociais Públicas e aos organismos da Administración Pública, en cumprimento dunha obriga legal. Así mesmo, seranlles comunicados ás entidades financeiras para a xestión do pagamento da prestación solicitada.

Prazo de conservación dos datos: os datos persoais serán conservados durante os prazos esixidos legalmente pola normativa reguladora das mutuas colaboradoras coa Seguridade Social e os prazos necesarios para a atención das posibles responsabilidades derivadas do seu tratamento ou da relación xurídica subxacente durante o prazo de prescrición destas, en virtude da lexislación civil, mercantil, laboral, fiscal, administrativa e en materia de protección de datos.

Exercicio dos dereitos: pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición e, cando proceda legalmente, portabilidade, enviando unha comunicación a c/Arellano, n.º 27, Madrid-28043, ou ao enderezo electrónico: derechosdatospersonales@ibermutua.es, concretando o dereito solicitado e acreditando a súa identidade. Se considera que os seus dereitos non foron suficientemente atendidos, queda informado do seu dereito a presentar una reclamación perante a Axencia Española de Protección de Datos a través do seu sitio web www.agpd.es ou o enderezo c/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid ou o teléfono de contacto 912 663 517.

Máis información: no *Aviso legal e privacidad* de www.ibermutua.es.

Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

Co asinamento da presente solicitude, declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos todos os datos que consigno, e manifesto, igualmente, que quedo informado da obriga de comunicarlle á mutua calquera cambio que se poida producir nos datos declarados durante a percepción da prestación da incapacidade temporal.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA:

I. PARA TODAS AS SOLICITUDES

1. Fotocopia do DNI / NIE / pasaporte
2. Modelo 145 (agás no País Vasco e Navarra)

II. TRABALLADORES POR CONTA ALLEA

1. Se a baixa médica é por continxencia común (EC/ANL), o parte médico de baixa e os partes de confirmación posteriores ao último presentado na súa empresa.
2. Certificado de empresa:
 - 21 se a causa do pagamento directo do apartado 3 desta solicitude é por extinción da relación laboral e a causa da súa baixa médica do apartado 2 é por enfermidade común (EC) ou accidente non laboral (ANL), certificado de empresa cos últimos 180 días cotizados na súa empresa ou empresas anteriores. Se non obra no seu poder, o certificado de cotizacións expedido pola Tesourería Xeral da Seguridade Social dos últimos 6 anos.
 - 22 Para os demais supostos de pagamento directo, certificado de empresa do mes anterior á baixa médica.

III. TRABALLADORES POR CONTA PROPIA

1. Partes médicos de baixa e de confirmación.
2. Xustificante de pagamento das súas cotizacións dos tres últimos meses anteriores ao mes da baixa médica.
3. Declaración de situación da actividade, segundo o modelo que se entrega con esta solicitude.
4. Se a causa da baixa médica do apartado 2 desta solicitude é por accidente de traballo (AT), o parte de accidente de traballo ten que tramitarse a través do sistema Delta (www.delta.mtin.es ou na Comunidade Autónoma de Cataluña tamén www.cat365.net da AOC).
5. Se a causa da baixa médica do apartado 2 é unha enfermidade profesional (EP), o formulario de datos que debe cubrir o traballador debe de estar tramitado.

Pode cubrir todos os impresos no noso sitio web: <https://www.ibermutua.es>

REVERSO DA COPIA PARA O TRABALLADOR

No caso de que non presentase toda a documentación que lle solicitamos, dispón dun prazo de dez días para presentala. Transcorrido o devandito prazo teráselle por desistido na súa solicitude, de acordo co previsto no artigo 68 da Lei 39/2015, do 1 de outubro (BOE do día 2), do Procedemento Administrativo común das Administracións Públicas.