

Nº Expediente: _____ / _____

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI/NIE/Pasaporte		
Teléfono	Correo electrónico	Núm. Afiliación Seguridad Social	Fecha de nacimiento		
Domicilio (calle o plaza)		Núm.	Bloq.	Esc.	Piso
% IRPF voluntario (superior al legal establecido)	Nº de hijos a cargo	Código Postal	Localidad	Provincia	

2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

Nombre de la empresa	C.C.C.	Teléfono
Asesoría / Gestoría	Teléfono Asesoría	Correo electrónico

3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> Enf. común	<input type="checkbox"/> Acc. no laboral	<input type="checkbox"/> Enf. profesional	<input type="checkbox"/> Acc. Trabajo	Fecha de baja	
<input type="checkbox"/> Rég. Gral	<input type="checkbox"/> Cuenta propia	<input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Rep. comercio	<input type="checkbox"/> Artistas y taurinos	<input type="checkbox"/> Rég. Mar
<input type="checkbox"/> Hogar	Tipo de contrato		<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Eventual	<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo
<input type="checkbox"/> Pluriempleo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Pluriempleo			
Sistema Agrario	¿Ha prestado servicios el día de la baja médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha última jornada real trabajada ____/____/____		

4. MOTIVO DEL PAGO (marcar con una x)

<input type="checkbox"/> Fin de la Relación Laboral	<input type="checkbox"/> Incumplimiento Empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66)
<input type="checkbox"/> Prórrogas	<input type="checkbox"/> Empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono IT.
<input type="checkbox"/> Trabajador fijo discontinuo	<input type="checkbox"/> Otros (indicar) _____

5. DATOS BANCARIOS (el solicitante declara ser titular de la cuenta)

Código IBAN (pagos en territorio nacional)													
CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.	Nº CUENTA					

6. A QUIÉN PERTENECE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 umivale 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.

Sello de entrada

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma del solicitante

Información sobre protección de datos personales

Responsable: umivale Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es. **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a umivale en su condición de Mutua Colaboradora con la SS. **Destinatarios:** Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Seguridad Social y Organismos dependientes. Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). **Presencialmente,** en cualquiera de nuestros centros, remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivale.es. **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>

Certificado de la Empresa

D/Dña..... con DNI o NIE nº..... que desempeña en la empresa el cargo de

CERTIFICADO: A efectos de solicitud de prestación por Incapacidad Temporal por el/la trabajador/a mencionado/a, que son ciertos los datos relativos a la Empresa, así como los personales, profesionales y de cotización del/de la trabajador/a que a continuación se cosignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social		Código Cuenta Cotización	
Domicilio social (Calle/plaza)		Número	C. Postal
Localidad	Provincia	Actividad económica	Teléfono
Domicilio y localidad del centro de trabajo (sólo cumplimentar si es distinto del domicilio social)			

2. DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A

Datos personales	Apellidos y nombre		Nº DNI o NIE	
	Domicilio (Calle o plaza y nº)		Población	C. Postal
Datos Seguridad Social	Nº Afiliación S.S.	Grupo de cotización	Tipo Contrato	
	Profesión	Categoría	Fecha Alta en Empresa	
	Fecha de extinción de la Relación Laboral	Causa de la Ext. de la relación Laboral		Código
	Nº de días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese			

3. COTIZACIONES POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE DESEMPLEO (durante los 180 días precedentes a la extinción contractual)

Año	Mes	Número de días cotizados	Base cotización contingencias comunes	Base cotización desempleo	Observaciones
TOTALES					

Firma y sello

En....., a de de

A RELLENAR ÚNICAMENTE EN LOS SUPUESTOS DE EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL; PODRÁ SUSTITUIRSE POR OTRO CERTIFICADO QUE EXPIDA O HAYA EXPEDIDO LA EMPRESA.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Para todas las prestaciones

- Españoles: DNI
- Extranjeros: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE exigido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria a efectos de pago
- Solicitud de pago directo
- Comunicación de datos al pagador (modelo 145)

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

Régimen General (0111):

Para todas las solicitudes tanto de Contingencias Comunes (CC) como de Contingencias Profesionales (CP): fotocopia de la nómina del mes anterior a la baja médica (en caso de contrato a tiempo parcial, las nóminas de los tres meses anteriores).

Para las solicitudes de Accidente de Trabajo es necesario que la empresa comunique el parte de accidente por Sistema Delt@ o Conta.

Documentación específica en caso de:

Fin de la relación laboral:

- CC/CP-** En caso de despido: Reconocimiento del despido improcedente con aceptación del finiquito por el trabajador, o acta de conciliación, en caso de avenencia, o Sentencia Judicial. En caso de Expediente de Regulación de Empleo, copia del Expediente de Regulación de Empleo, con sello de entrada de la Autoridad Laboral.
- CC -** Certificado/s de empresa de cotizaciones de los 180 días anteriores a la extinción de contrato. Si el último contrato es inferior a 180 días, aportar certificados inmediatamente anteriores, o en su defecto informe de bases de cotización de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Incumplimiento empresarial. En ambas contingencias:

- Denuncia ante la Inspección de Trabajo.
- Declaración jurada firmada por el interesado que solicita la prestación.
- Certificado de la empresa especificando fecha desde la que el interesado no percibe la IT y no se practican deducciones en los seguros sociales; o bien, acta de infracción de la Inspección de Trabajo en la que conste dicho incumplimiento.

Exención del pago delegado. En ambas contingencias:

- Certificado de empresa especificando la fecha desde la que no se van a efectuar descuentos.

Agotamiento de plazo (545 días de IT). En ambas contingencias:

- Fotocopia de la última nómina, en la que conste el último día abonado por la empresa.

Disconformidad alta del INSS (art 128 LGSS). En ambas contingencias:

- Certificado de la empresa con la fecha de reincorporación al puesto de trabajo.

Artistas (0112) y Profesionales Taurinos (0114)

- Declaración de actividades (TC4/6), y justificantes de actuaciones (TC4/5)** que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - La Mutua solicitará a la Tesorería de la Seguridad Social, informe certificando la Base Reguladora de la IT referida a las bases de cotización de los 365 días anteriores a la baja médica.

Representantes de Comercio (0111)

- Fotocopia de la nómina del mes anterior a la baja médica** (en caso de contrato a tiempo parcial, las nóminas de los tres meses anteriores).

Sistema Empleados de Hogar (0138)

- Certificado del empleador, o justificante de pago del mes anterior a la baja médica en el que conste la base de cotización del empleado de hogar.**

Sistema Especial Agrario (0163)

- Fotocopia del documento de cotización (TC2/8)** del mes anterior a la baja médica, o tres meses anteriores a la baja médica si se trata de un contrato fijo discontinuo. En su defecto, puede aportar certificado de empresa, o las nóminas correspondientes.
- Declaración del trabajador en el que certifique la inclusión en el Sistema de Inactividad (0161).** En caso de cotizar inactividad, debe aportar los dos justificantes anteriores a la baja médica. En caso de no cotizar inactividad, debe hacerlo constar en dicho certificado.
- A efectos de realizar la cotización de su cuota obrera: la Mutua solicitará a su empresa todos los meses **el certificado de jornadas reales.**
- Extinción contractual (sólo CC)** - Certificado/s de empresa de cotizaciones de los 180 días anteriores a la extinción de contrato. Si el último contrato es inferior a 180 días, aportar certificados inmediatamente anteriores, o en su defecto informe de bases de cotización y de jornadas reales realizadas de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Trabajadores Autónomos (0521 y 825)

- Fotocopia del boletín de cotización del mes anterior a la baja médica.
- Declaración de situación de actividad.
- En caso de aplazamiento de deuda, aportar resolución de la Tesorería General De la Seguridad Social aprobando dicho aplazamiento.
- CC** - Parte de baja médica
- CP** - Parte de Accidente tramitado por Delt@ o CoNTA

Régimen Especial del Mar Cuenta Ajena grupos 2 y 3

- Misma documentación que el Régimen General

INFORMACION ADICIONAL SOBRE EL PAGO DE SU INCAPACIDAD TEMPORAL

Plazos:

El pago de su prestación se efectuará del 1 al 5 de cada mes, siempre que cumpla los siguientes requisitos:

- La documentación completa haya sido presentada, antes del día del mes anterior marcado en el calendario adjunto. (excepto pagos por Incumplimiento de la obligación empresarial y Sistema especial agrario)
- Las solicitudes de pago deberán estar completas, cumplimentadas correctamente y con datos actualizados, debiendo comunicar a esta entidad cualquier variación de las mismas.
- Contingencia Común: Los partes de confirmación podrán presentarse una vez al mes según calendario establecido al efecto por esta entidad.
- El periodo de pago dependerá de los partes de confirmación de su baja presentados, cualquier parte presentado con posterioridad a la fecha indicada se abonará al mes siguiente.
- **Para los nuevos modelos de parte de confirmación:** el pago estará condicionado a la fecha de siguiente revisión médica.

Indicaciones:

- Su pago estará vinculado a la atención por su parte, a las peticiones de información, pruebas y citaciones que pueden realizarle los Servicios médicos de la mutua, dentro de sus facultades de seguimiento y control.
- La incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos establecidos, supone la suspensión cautelar de la prestación económica que viene percibiendo.
- Para cualquier duda o consulta sobre su prestación deberá dirigirse a la Dirección Territorial de esta mutua donde se haya tramitado su solicitud.

**Calendario Partes confirmación y solicitudes
Pago Directo Enero a Marzo 2019**

Enero							Febrero							Marzo						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6					1	2	3					1	2	3
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24
28	29	30	31				25	26	27	28				25	26	27	28	29	30	31

De enero a marzo 2018

- x Último día para presentar **Partes de Confirmación**
- x Último día para presentar **solicitudes de Pago Directo**

Festivos | X España