

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	Puerta
% 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"/> 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](mailto: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](mailto: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>

## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Resolución de 4 de febrero de 2004 <sup>(1)</sup>, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real decreto 1273/2003, de 10 de octubre

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con  
número de afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, y con  
domicilio en \_\_\_\_\_  
declara bajo su responsabilidad que es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza <sup>(2)</sup>  Sí  No

Que dicho establecimiento tiene su domicilio en \_\_\_\_\_,  
que la actividad económica, oficio o profesión es la de \_\_\_\_\_, y que durante la  
situación de incapacidad temporal / maternidad / paternidad / riesgo del embarazo o la lactancia natural (táchese lo que no proceda), la  
actividad queda en la siguiente situación:

1.  Gestionado por:

**Familiar**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Número de afiliación a la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Número de documento nacional de identidad: \_\_\_\_\_

Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**Empleado del establecimiento**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Número de afiliación a la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Número de documento nacional de identidad: \_\_\_\_\_

Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

**C. Gestionado por otra persona**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Número de afiliación a la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Número de documento nacional de identidad: \_\_\_\_\_

Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

2.  Cese temporal o definitivo de la actividad durante la situación de incapacidad temporal / maternidad / riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (táchese lo que no proceda), del titular del establecimiento.

3.  O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de \_\_\_\_\_  
con domicilio en \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Firma del interesado

(1) La Resolución citada establece que la declaración deberá presentarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal, 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo, o, en el caso de maternidad, dentro de los 15 días siguientes a la fecha del parto o inicio del descanso maternal, o de la fecha de la resolución administrativa o judicial mediante la que se constituye el acogimiento o la adopción.

(2) Si marca la casilla "SI" deberá indicar el nombre del establecimiento. Si marca "NO" deberá cumplimentar el punto 3.

## 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