

# Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

## 1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico		Nº de Seguridad Social	
Tipo IRPF voluntario (superior al obligatorio según normativa fiscal) <input type="checkbox"/>	Nº de hijos a cargo <input type="checkbox"/>	Domicilio (Calle/Plaza/...)		Código Postal	Localidad	Provincia

## 2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Nombre o razón social de la empresa		Código Cuenta Cotización de la empresa				
Régimen de Seguridad Social General <input type="checkbox"/> Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Mar Cuenta Propia <input type="checkbox"/>		Colectivo/Sistema especial: Representante de comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/> Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/> Empleado Hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
Tipo de contrato		Fecha de Baja Médica ..... / ..... / .....		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Causa de baja: Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>						

## 3. CAUSA DE PAGO DIRECTO (Solo para trabajadores por cuenta ajena)

Extinción de la relación laboral por cualquier causa (fin de contrato, despido, baja voluntaria, etc.).....	<input type="checkbox"/>
Agotamiento de plazo máximo de: 365 días (Art. 170.2) .....	<input type="checkbox"/>
545 días (18 meses) (Art. 174) .....	<input type="checkbox"/>
Efectos del alta médica (hasta notificación) (Art. 170.2) .....	<input type="checkbox"/>
Disconformidad con alta INSS (Art. 170.2).....	<input type="checkbox"/>
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario.....	<input type="checkbox"/>
Propio del régimen (Empleados del Hogar, trabajadores por cuenta ajena del Sistema Especial Agrario).....	<input type="checkbox"/>
Trabajadores con contrato de Jubilación Parcial .....	<input type="checkbox"/>
Suspensión del contrato (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia Voluntaria).....	<input type="checkbox"/>
Expediente de Regulación de Empleo (Suspensión de contrato o Reducción de jornada) .....	<input type="checkbox"/>
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos en baja médica.....	<input type="checkbox"/>
Recaída de un proceso previo en situación de no alta o desempleo .....	<input type="checkbox"/>
Reanudación de pago tras suspensión por incomparecencias .....	<input type="checkbox"/>
Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado .....	<input type="checkbox"/>

## 4. HIJOS/AS A CARGO (Solamente para baja médica de EC-ANL cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado Civil	Incapacitado Sí/No	Trabaja Sí/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

## 5. DATOS BANCARIOS (Solicitante - Titular)

IBAN

En ..... a ..... de ..... de .....

Solicitud completa

Solicitud incompleta, pendiente de:

Firma Solicitante

DNI/NIE/Pasaporte .....	<input type="checkbox"/>
Certificado de Empresa .....	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones .....	<input type="checkbox"/>
Declaración de Situación de la Actividad.....	<input type="checkbox"/>
Modelo 145 (Comunicación de datos al pagador a efectos del IRPF).....	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>

Registro Entrada

Ejemplar para la Mutua

Ver al dorso la información detallada sobre protección de datos.



Mutua Colaboradora con la  
Seguridad Social nº 274

### **Información detallada sobre protección de datos**

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que si facilita datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUAMUR) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutuamur.es](mailto:atencionalcliente@ibermutuamur.es). Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: [dpd@ibermutuamur.es](mailto:dpd@ibermutuamur.es)

**Finalidades del tratamiento:** Los datos personales son tratados para gestionar la relación con IBERMUTUAMUR, o tramitar su solicitud o el expediente de prestaciones de la Seguridad Social que proceda. Siendo los datos necesarios para los fines indicados.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento de los datos personales es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social, entidades incluidas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas y organismos de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos legalmente.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: [derechosdatospersonales@ibermutuamur.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutuamur.es) concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan, 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutuamur.es](http://www.ibermutuamur.es)

# Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

## 1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de Nacimiento ..... / ..... / .....		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico		Nº de Seguridad Social	
Tipo IRPF voluntario (superior al obligatorio según normativa fiscal)	<input type="checkbox"/>	Nº de hijos a cargo	<input type="checkbox"/>	Domicilio (Calle/Plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

## 2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Nombre o razón social de la empresa				Código Cuenta Cotización de la empresa			
Régimen de Seguridad Social		Colectivo/Sistema especial:					
General <input type="checkbox"/>	Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>	Representante de comercio <input type="checkbox"/>		Artista <input type="checkbox"/>	Torero <input type="checkbox"/>	Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/>	
Autónomo <input type="checkbox"/>	Mar Cuenta Propia <input type="checkbox"/>	Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>		Empleado Hogar <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato		Fecha de Baja Médica ..... / ..... / .....		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Causa de baja: Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>							

## 3. CAUSA DE PAGO DIRECTO (Solo para trabajadores por cuenta ajena)

Extinción de la relación laboral por cualquier causa (fin de contrato, despido, baja voluntaria, etc.).....	<input type="checkbox"/>
Agotamiento de plazo máximo de: 365 días (Art. 170.2) .....	<input type="checkbox"/>
545 días (18 meses) (Art. 174) .....	<input type="checkbox"/>
Efectos del alta médica (hasta notificación) (Art. 170.2) .....	<input type="checkbox"/>
Disconformidad con alta INSS (Art. 170.2).....	<input type="checkbox"/>
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario.....	<input type="checkbox"/>
Propio del régimen (Empleados del Hogar, trabajadores por cuenta ajena del Sistema Especial Agrario).....	<input type="checkbox"/>
Trabajadores con contrato de Jubilación Parcial .....	<input type="checkbox"/>
Suspensión del contrato (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia Voluntaria).....	<input type="checkbox"/>
Expediente de Regulación de Empleo (Suspensión de contrato o Reducción de jornada) .....	<input type="checkbox"/>
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos en baja médica.....	<input type="checkbox"/>
Recaída de un proceso previo en situación de no alta o desempleo .....	<input type="checkbox"/>
Reanudación de pago tras suspensión por incomparecencias .....	<input type="checkbox"/>
Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado .....	<input type="checkbox"/>

## 4. HIJOS/AS A CARGO (Solamente para baja médica de EC-ANL cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado Civil	Incapacitado Sí/No	Trabaja Sí/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

## 5. DATOS BANCARIOS (Solicitante - Titular)

IBAN

En ..... a ..... de ..... de .....

Solicitud completa

Solicitud incompleta, pendiente de:

Firma Solicitante

DNI/NIE/Pasaporte .....	<input type="checkbox"/>
Certificado de Empresa .....	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones .....	<input type="checkbox"/>
Declaración de Situación de la Actividad.....	<input type="checkbox"/>
Modelo 145 (Comunicación de datos al pagador a efectos del IRPF).....	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>

Registro Entrada

Ejemplar para el trabajador



Mutua Colaboradora con la  
Seguridad Social nº 274

### **Información detallada sobre protección de datos**

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que si facilita datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUAMUR) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutuamur.es](mailto:atencionalcliente@ibermutuamur.es). Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: [dpd@ibermutuamur.es](mailto:dpd@ibermutuamur.es)

**Finalidades del tratamiento:** Los datos personales son tratados para gestionar la relación con IBERMUTUAMUR, o tramitar su solicitud o el expediente de prestaciones de la Seguridad Social que proceda. Siendo los datos necesarios para los fines indicados.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento de los datos personales es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social, entidades incluidas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas y organismos de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos legalmente.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: [derechosdatospersonales@ibermutuamur.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutuamur.es) concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan, 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutuamur.es](http://www.ibermutuamur.es)

# Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

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

1. Fotocopia del DNI / NIE / Pasaporte
2. Modelo 145 (excepto en País Vasco y Navarra)

### II. TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

1. Si la baja médica es por contingencia común (EC/ANL), parte de baja médica y partes de confirmación posteriores al último presentado en su empresa.
2. Certificado de empresa:
  - 2.1 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 últimos 180 días cotizados en su empresa o empresas anteriores. De no obrar en su poder, certificado de cotizaciones expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social de los últimos 6 años.
  - 2.2 Para el resto de supuestos de pago directo, certificado de empresa del mes anterior a la baja médica.

### III. TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

1. Partes médicos de baja y de confirmación.
2. Justificante de pago de sus cotizaciones de los tres últimos meses anteriores al mes de la baja médica.
3. Declaración de situación de la actividad, según modelo entregado junto con esta solicitud.
4. Si la causa de la baja médica del apartado 2 de esta solicitud es AT, el parte de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta ([www.delta.mtin.es](http://www.delta.mtin.es) o en la Comunidad Autónoma de Cataluña también [www.cat365.net](http://www.cat365.net) de la AOC).
5. Si la causa de la baja médica del apartado 2 es EP, el formulario de datos a cumplimentar por el trabajador debe de estar tramitado.

Todos los impresos puede cumplimentarlos en nuestra página Web: <https://www.ibermutuamur.es>

## REVERSO DE LA COPIA PARA EL TRABAJADOR

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.