



# SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

**mutua gallega**

## 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 de IRPF voluntario <small>(superior al obligatorio según normativa fiscal)</small>		Nº hijos a cargo	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 la Seguridad Social:				Colectivo/Sistema especial:			
General		<input type="checkbox"/>		Representante de Comercio		<input type="checkbox"/>	
Autónomo		<input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Propia		<input type="checkbox"/>	
Mar		<input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Ajena		<input type="checkbox"/>	
Artista		<input type="checkbox"/>		Torero		<input type="checkbox"/>	
Empaquetado Tomate		<input type="checkbox"/>		Hogar		<input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato		Fecha de baja médica		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo?		Sí	No
Causa de baja:		Enfermedad Común (EC)		Accidente No Laboral (ANL)		Enfermedad Profesional (EP)	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		Accidente de Trabajo (AT)		<input type="checkbox"/>	

## 3. Causa del pago directo

*(Sólo para trabajadores/as por cuenta ajena)*

Extinción laboral por alguna de estas causas:		Extinción del empresario por fallecimiento, jubilación o invalidez		<input type="checkbox"/>	
Extinción recogida en el contrato		Extinción del empresario como persona jurídica		<input type="checkbox"/>	
Despido		Baja voluntaria en la empresa		<input type="checkbox"/>	
Resolución judicial, administrativa o acto firme				<input type="checkbox"/>	
Agotamiento del plazo máximo de:		365 días (art. 169)		<input type="checkbox"/>	
		545 días		<input type="checkbox"/>	
Trabajadores/as excluidos/as del pago delegado		Disconformidad alta INSS		<input type="checkbox"/>	
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario				<input type="checkbox"/>	
Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo				<input type="checkbox"/>	
Suspensión (Trabajadores/as fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria)				<input type="checkbox"/>	
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en 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															

Los datos personales incluidos en esta solicitud y en la documentación anexa, así como los facilitados posteriormente por la persona interesada o por las administraciones públicas competentes, incluidos los relativos a la salud, serán incorporados a los ficheros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABAJO y serán tratados, junto con los que la entidad ya posee, para la tramitación y gestión de las prestaciones solicitadas. De igual modo, los datos serán comunicados a los organismos de la Seguridad Social y otros organismos públicos en cumplimiento de la normativa vigente. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo solicitud firmada por escrito junto con una copia de su D.N.I. a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Si no proporciona datos de terceros, deberá informar a los mismos de los extremos establecidos en los párrafos anteriores, recabando en su caso, el consentimiento necesario.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Solicitud Completa

Solicitud Incompleta, pendiente de:

Firma solicitante

REGISTRO DE ENTRADA

DNI/ NIE / Pasaporte:	
Certificado de empresa:	
Justificantes de cotizaciones:	
Declaración de situación de actividad:	
Modelo fiscal 145:	
Otros:	





# SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

## mutua gallega

### 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 de IRPF voluntario <small>(superior al obligatorio según normativa fiscal)</small>	Nº hijos a cargo	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 la Seguridad Social:		Colectivo/Sistema especial:			
General <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/>		Representante de Comercio <input type="checkbox"/> Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/>			
Mar <input type="checkbox"/>		Artista <input type="checkbox"/>		Torero <input type="checkbox"/> Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato	Fecha de baja médica	¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo?			No
Enfermedad Común (EC)		Accidente No Laboral (ANL)		Enfermedad Profesional (EP)	
Accidente de Trabajo (AT)					

### 3. Causa del pago directo

*(Sólo para trabajadores/as por cuenta ajena)*

Extinción laboral por alguna de estas causas:	Extinción del empresario por fallecimiento, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>
Extinción recogida en el contrato	Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>
Despido	Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Resolución judicial, administrativa o acto firme		<input type="checkbox"/>
Agotamiento del plazo máximo de:	365 días (art. 169)	<input type="checkbox"/>
	545 días	<input type="checkbox"/>
Trabajadores/as excluidos/as del pago delegado		<input type="checkbox"/>
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario		<input type="checkbox"/>
Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo		<input type="checkbox"/>
Suspensión (Trabajadores/as fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria)		<input type="checkbox"/>
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado		<input type="checkbox"/>
	Disconformidad alta INSS	<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 SI/NO	Trabaja SI/NO	Rentas año anterior	Rentas año en curso

### 5. Datos bancarios

IBAN

(Solicitante - Titular)																							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Los datos personales incluidos en esta solicitud y en la documentación anexa, así como los facilitados posteriormente por la persona interesada o por las administraciones públicas competentes, incluidos los relativos a la salud, serán incorporados a los ficheros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABAJO y serán tratados, junto con los que la entidad ya posee, para la tramitación y gestión de las prestaciones solicitadas. De igual modo, los datos serán comunicados a los organismos de la Seguridad Social y otros organismos públicos en cumplimiento de la normativa vigente. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo solicitud firmada por escrito junto con una copia de su D.N.I. a Monte Afeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 - Culleredo (A Coruña). Si nos proporciona datos de terceros, deberá informar a los mismos de los extremos establecidos en los párrafos anteriores, recabando en su caso, el consentimiento necesario.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Solicitud Completa

Solicitud Incompleta, pendiente de:

Firma solicitante

REGISTRO DE ENTRADA

DNI/ NIE / Pasaporte:	
Certificado de empresa:	
Justificantes de cotizaciones:	
Declaración de situación de actividad:	
Modelo fiscal 145:	
Otros:	





# SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Ejemplar para el/la trabajador/a

**mutua gallega**

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

### 1. Para todas las solicitudes

1. Fotocopia del DNI/ NIE/ Pasaporte
2. Modelo 145 (excepto en País Vasco y Navarra)
3. Documentación acreditativa de la cuenta bancaria

### 2. 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 según los casos:
  - 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 180 últimos días cotizados en su empresa o empresas anteriores.
  - 2.2 Para el resto de supuestos de pago directo: certificado de empresa del mes anterior a la baja, excepto por agotamiento de 12 meses.
  - 2.3 Representantes de comercio: justificante de pago de las cotizaciones a la Seguridad Social de los tres meses anteriores a su baja médica, así como certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social de estar al corriente.
  - 2.4 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.
  - 2.5 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.
  - 2.6 Sistema Especial de Hogar: certificado del empleador/a o empleadores/as, del mes anterior a la baja médica.

### 3. Trabajadores por cuenta propia

1. Partes médicos de baja y de confirmación.
2. Justificante de pago de sus cotizaciones de los dos últimos meses anteriores al mes de la baja médica.
3. Declaración de situación de 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 [cat365.net](http://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/la trabajador/a debe estar tramitado.

## REVERSO DE LA COPIA PARA EL/LA TRABAJADOR/A

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 2/10/2015), de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común.