



SOLICITUDE DE PAGAMENTO DIRECTO POR INCAPACIDADE TEMPORAL

mutua gallega

1. Datos persoais

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	NIF/NIE/Pasaporte		
Data de nacemento	Teléfono fixo	Teléfono móbil	Correo electrónico	Nº de Seguridade Social	
Tipo de IRPF voluntario (superior ao obrigatorio segundo normativa fiscal)	Nº fillos a cargo	Domicilio (rúa/praza/...)	Código Postal	Localidade	Provincia

2. Datos da prestación

Nome ou razón social da empresa			Código Conta Cotización da empresa						
Régime da Seguridade Social:		Colectivo/Sistema especial:							
Xeral	<input type="checkbox"/>	Representante de Comercio	<input type="checkbox"/>	Artista	<input type="checkbox"/>	Toureiro	<input type="checkbox"/>	Empaquetado Tomate	<input type="checkbox"/>
Autónomo	<input type="checkbox"/>	Agrario Conta Propia	<input type="checkbox"/>	Agrario Conta Allea	<input type="checkbox"/>	Fogar	<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)	Accidente Non Laboral (ANL)	Enfermidade Profesional (EP)	Accidente de Trabajo (AT)					

3. Causa do pagamento directo

(Só para traballadores/as por conta allea)

Extinción laboral por algunha destas causas:	<input type="checkbox"/>	Extinción del empresario por falecemento, xubilación ou invalidez	<input type="checkbox"/>		
Extinción recollida no contrato	<input type="checkbox"/>	Extinción del empresario como persoa xurídica	<input type="checkbox"/>		
Despedimento	<input type="checkbox"/>	Baixa voluntaria na empresa	<input type="checkbox"/>		
Resolución xudicial, administrativa ou acto firme	<input type="checkbox"/>				
Esgotamento do prazo máximo de:	365 días (art. 169)	545 días	<input type="checkbox"/>	Desconformidade alta INSS	<input type="checkbox"/>
Traballadores/as excluídos/as do pagamento delegado	<input type="checkbox"/>				
Incumprimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario	<input type="checkbox"/>				
Recaída por accidente de traballo ou enfermidade profesional en situación de desemprego	<input type="checkbox"/>				
Suspensión (Traballadores/as fixos-discontinuos ou Excedencia voluntaria)	<input type="checkbox"/>				
Empresas de menos de dez traballadores/as e máis de seis meses consecutivos de aboamento da prestación en pagamento delegado	<input type="checkbox"/>				

4. Fillos/as a cargo

(Só para baixa médica de EC-ANL cando causa pagamento directo por extinción da relación laboral)

Apelidos e nome	DNI/NIE/Pasaporte	Data de nacemento	Estado civil	Incapacitado Si/Non	Traballa Si/Non	Rendas ano anterior	Rendas ano en curso

5. Datos bancarios

(Solicitante - Titular)	IBAN												

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola persoa interesada ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABAJO e serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI. a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboia, 15.174 - Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informar a estes dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar se é o caso, o consentimento necesario.

_____ de _____ de 20__

Solicitude Completa

Solicitude Incompleta, pendente de:

Sinatura solicitante

REXISTRO DE ENTRADA

DNI/ NIE / Pasaporte:	
Certificado de empresa:	
Xustificantes de cotizacións:	
Declaración de situación de actividade:	
Modelo fiscal 145:	
Outros:	



SOLICITUDE DE PAGAMENTO DIRECTO POR INCAPACIDADE TEMPORAL

mutua gallega

1. Datos persoais

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome		NIF/NIE/Pasaporte	
Data de nacemento	Teléfono fixo	Teléfono móbil	Correo electrónico			Nº de Seguridade Social	
Tipo de IRPF voluntario <small>(superior ao obrigatorio segundo normativa fiscal)</small>	Nº fillos a cargo	Domicilio (rúa/praza/...)		Código Postal	Localidade	Provincia	

2. Datos da prestación

Nome ou razón social da empresa				Código Conta Cotización da empresa							
Régime da Seguridade Social:			Colectivo/Sistema especial:								
Xeral	<input type="checkbox"/>	Representante de Comercio			<input type="checkbox"/>	Artista	<input type="checkbox"/>	Toureiro	<input type="checkbox"/>	Empaquetado Tomate	<input type="checkbox"/>
Autónomo	<input type="checkbox"/>	Mar	<input type="checkbox"/>	Agrario Conta Propia			<input type="checkbox"/>	Agrario Conta Allea	<input type="checkbox"/>	Fogar	<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)		Accidente Non Laboral (ANL)		Enfermidade Profesional (EP)		Accidente de Traballo (AT)			<input type="checkbox"/>

3. Causa do pagamento directo

(So para traballadores/as por conta allea)

Extinción laboral por algunha destas causas:	<input type="checkbox"/>	Extinción del empresario por falecemento, xubilación ou invalidez	<input type="checkbox"/>
Extinción recollida no contrato	<input type="checkbox"/>	Extinción del empresario como persoa xurídica	<input type="checkbox"/>
Despedimento	<input type="checkbox"/>	Baixa voluntaria na empresa	<input type="checkbox"/>
Resolución xudicial, administrativa ou acto firme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Esgotamento do prazo máximo de:	365 días (art. 169)	<input type="checkbox"/>	545 días
Traballadores/as excluídos/as do pagamento delegado	<input type="checkbox"/>	Desconformidade alta INSS	<input type="checkbox"/>
Incumprimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Recaída por accidente de traballo ou enfermidade profesional en situación de desemprego	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Suspensión (Traballadores/as fixos-discontinuos ou Excedencia voluntaria)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Empresas de menos de dez traballadores/as e máis de seis meses consecutivos de aboamento da prestación en pagamento delegado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4. Fillos/as a cargo

(Só para baixa médica de EC-ANL cando causa pagamento directo por extinción da relación laboral)

Apelidos e nome	DNI/NIE/Pasaporte	Data de nacemento	Estado civil	Incapacitado Si/Non	Traballa Si/Non	Rendas ano anterior	Rendas ano en curso

5. Datos bancarios

IBAN

(Solicitante - Titular)	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola persoa interesada ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABALLO e serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI. a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informar a estes dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar se é o caso, o consentimento necesario.

_____ de _____ de 20_____

Solicitude Completa

Solicitude Incompleta, pendente de:

Sinatura solicitante

REGISTRO DE ENTRADA

DNI/ NIE / Pasaporte:	<input type="text"/>
Certificado de empresa:	<input type="text"/>
Xustificantes de cotizacións:	<input type="text"/>
Declaración de situación de actividade:	<input type="text"/>
Modelo fiscal 145:	<input type="text"/>
Outros:	<input type="text"/>





SOLICITUDE DE PAGAMENTO DIRECTO POR INCAPACIDADE TEMPORAL

mutua gallega

Coa sinatura da presente solicitude, declaro baixo a miña responsabilidade que son certos todos os datos que consigno e decátome da obriga de comunicarlle á Mutua calquera variación dos datos nela expresados, que se poidan producir durante a percepción da prestación de Incapacidade Temporal.

Documentación necesaria

1. Para todas as solicitudes

1. Fotocopia do DNI/ NIE/ Pasaporte
2. Modelo 145 (agás no País Vasco e Navarra)
3. Documentación acreditativa da conta bancaria

2. Traballadores por conta allea

1. Se a baixa médica é por continxencia común (EC/ANL), parte de baixa médica e partes de confirmación posteriores ao último presentado na súa empresa.
2. Certificado de empresa segundo os casos:
 - 2.1 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 EC ou ANL, certificado de empresa cos 180 últimos días cotizados na súa empresa ou empresas anteriores.
 - 2.2 Para o resto de supostos do pagamento directo: certificado de empresa do mes anterior á baixa, agás por esgotamento de 12 meses.
 - 2.3 Representantes de comercio: xustificante do pagamento das cotizacións á Seguridade Social dos tres meses anteriores á súa baixa médica, así como certificación da Tesourería Xeral da Seguridade Social de estar ao corrente.
 - 2.4 Artistas e profesionais taurinos: declaración de actividades (TC 4/6) e xustificantes de actuacións (TC 4/5), que non foran presentados na Tesourería Xeral da Seguridade Social.
 - 2.5 Agrarios cpnta Allea: certificado de empresa do mes anterior á baixa, se a baixa é por Enfermidade Común certificado dos 12 meses anteriores ao mes da baixa.
 - 2.6 Sistema Especial de Fogar: certificado do empregador/a ou empregadores/as, do mes anterior á baixa médica.

3. Traballadores por conta propia

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

REVERSO DA COPIA PARA O/A TRABALLADOR/A

No caso de que non presentase toda a documentación que lle solicitamos, dispón dun prazo de dez días para presentala. Transcorrido ese prazo teráselle por desistido, segundo o previsto no art. 68 da Lei 39/2015, do 1 de outubro (BOE do día 2/10/2015), de Réxime Xurídico das Administracións Públicas e do Procedemento Administrativo común.