

Sello de entrada

EXPEDIENTE:

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

ES IMPRESCINDIBLE ACOMPAÑAR EL PARTE MEDICO DE BAJA (P9)

RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

Rellene este impreso de la forma más exacta posible porque así facilitará el trámite de su prestación. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados así como las instrucciones para su cumplimentación. Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	NIF / NIE:			
Fecha de nacimiento:	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	E-mail:	Núm. afiliación Seg. Social: / /			
Núm. de Teléfono fijo:	Domicilio (calle / plaza):	Núm.	Bloque	Escalera	Piso/ Puerta	
Núm. de Teléfono móvil:	Localidad y Provincia:	Código postal	Régimen			

2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Incapacidad Temporal Derivada de:	Fecha de la Baja:	/	/
<input type="checkbox"/> Enfermedad Común	<input type="checkbox"/> Accidente No Laboral	<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 6 meses anteriores al actual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo indique la Entidad ante la que tramitó la solicitud de pago:			

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 MUTUA BALEAR cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se de curso a mi prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

En _____, a _____ de _____ de _____ Firma del solicitante

DECLARACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ACTIVIDAD

(Resolución de 4 de febrero de 2004, Artículo 2º a) y b) BOE, 18 de febrero, de la Dirección General del Instituto de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia o autónomos de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre).

D/Dña, _____ con número de Identificación de Autónomo _____,
Documento Nacional de Identidad nº _____, y con domicilio en _____ declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza SI
 NO(*)

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en _____
Que la actividad económica, oficio o profesión es la de _____
Y que durante la situación de Incapacidad Temporal, la actividad queda en la siguiente situación:

1.- Gestionado por:

A - Familiar

D / Dña:

Nº de Documento Nacional de Identidad
Nº de Afiliación a la Seguridad Social
Código Cta. Cotización Empresa
Parentesco

B - Empleado del establecimiento

D / Dña:

Nº de Documento Nacional de Identidad
Nº de Afiliación a la Seguridad Social
Código Cta. Cotización Empresa

C - Gestionado por otra persona

D / Dña:

Nº de Documento Nacional de Identidad
Nº de Afiliación a la Seguridad Social
Código Cta. Cotización Empresa

2- Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal 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 _____
que tiene su domicilio en _____.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Fecha y firma de la persona que declara

En _____, a _____ de _____ de _____.

DECLARACIÓN A EFECTOS DE LA RETENCIÓN DEL I.

DATOS DEL PRECEPTOR QUE EFECTÚA LA COMUNICACIÓN	<p>Situación familiar: Marque con una "X" la casilla que proceda.</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero, viudo o separado legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente, que convivan exclusivamente con usted sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos 1 hijo o descendiente en el apartado 2 de esta comunicación.</p> <p><input type="checkbox"/> Casado y no separado legalmente cuyo cónyuge no tiene rentas anuales superiores a 1.500 Euros incluidas las exentas. Indique el N.I.F. del cónyuge:</p> <p><input type="checkbox"/> Situación familiar distinta a las 2 anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 Euros anuales (Márquese también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar)</p> <p>Discapacidad (grado de minusvalía reconocido):</p> <p><input type="checkbox"/> Igual o superior al 33% e inferior al 65%</p> <p><input type="checkbox"/> Igual o superior al 65%</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo acreditada necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida</p>																				
HIJOS Y OTROS DESCENDIENTES	<p>Hijos y otros descendientes solteros menores de 25 años, o mayores si son discapacitados que conviven con el preceptor:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año de nacimiento</th> <th>Minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%</th> <th>Minusvalía igual o superior al 65%</th> <th>Conviven únicamente con el preceptor de la prestación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Año de nacimiento	Minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%	Minusvalía igual o superior al 65%	Conviven únicamente con el preceptor de la prestación	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año de nacimiento	Minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%	Minusvalía igual o superior al 65%	Conviven únicamente con el preceptor de la prestación																		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
ASCENDIENTES	<p>Ascendientes mayores de 65 años, o menores si son discapacitados, que conviven con el preceptor:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año de nacimiento</th> <th>Minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%</th> <th>Minusvalía igual o superior al 65%</th> <th>Conviven también al menos durante la mitad del año con otros descendientes del mismo grado que usted.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Año de nacimiento	Minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%	Minusvalía igual o superior al 65%	Conviven también al menos durante la mitad del año con otros descendientes del mismo grado que usted.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Año de nacimiento	Minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%	Minusvalía igual o superior al 65%	Conviven también al menos durante la mitad del año con otros descendientes del mismo grado que usted.																		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
PENSIONES	<p>Pensiones compensatorias a favor del cónyuge y anualidades por alimentos a favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial:</p> <p>Pensión compensatoria a favor del cónyuge. Importe anual que el preceptor está obligado a satisfacer por resolución judicial: €</p> <p>Anualidades por alimentos a favor de los hijos. Importe anual que el preceptor está obligado a satisfacer por resolución judicial: €</p> <p>En ambos casos deberá acompañar la resolución judicial</p>																				
ACREDITACIONES																					
<p><input type="checkbox"/> MINUSVALÍA <input type="checkbox"/> MOVILIDAD REDUCIDA <input type="checkbox"/> MINUSVALÍA DESCENDIENTES</p>																					

PAGOS POR LA ADQUISICIÓN O REHABILITACIÓN DE LA VIVIENDA HABITUAL UTILIZANDO FINANCIACIÓN AJENA

Si está usted efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo, incluidas las procedentes de todos sus pagadores, son inferiores a 33.007,20 euros anuales, marque con una X esta casilla

MODALIDAD DE COBRO

Transferencia bancaria:

Número Código Cliente (CCC)

ENTIDAD	OFICINA / SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NUMERO DE CUE NTA

Aconsejamos presentar fotocopia de la cuenta bancaria para evitar errores de transcripción

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

1. Parte de Baja médico y partes de confirmación
2. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad o N.I.E.
3. Justificantes de cotización de los últimos 3 meses
4. Datos bancarias (fotocopia de cartilla o talón)

INFORMACIÓN LEGISLATIVA DE SU INTERÉS

Para causar derecho a las prestaciones, deberá estar al corriente de pago en las cotizaciones anteriores al hecho causante. (Art. 3.2 del RD 2110/94 de 28 de Octubre.)

Debe presentar, dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica por I.T. o suspensión de la actividad, en el supuesto de prestación de Riesgo durante el embarazo, la declaración sobre la persona que gestiona directamente el establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza, o en su caso del cese temporal o definitivo de la actividad. (D.A. Décima RD 2319/1993 de 29 de Diciembre y Resolución del INSS de 04 de Febrero de 2004 Art. 2º a) y b) BOE. 18 de Febrero.)

Deberá presentar ante la Mutua Balear, en el plazo de 5 días desde su expedición, copia de los partes de confirmación de baja o el parte de alta médica. Su no-presentación motivará, en su caso, la suspensión en el abono de la prestación (Art. 2 y 4 RD 575/1997 de 18 de Abril.)

Mutua Balear está facultada para requerirle a reconocimiento médico. La negativa infundada a someterse a estos reconocimientos médicos dará lugar a la expedición de la propuesta de alta a la Inspección del Servicio Público de Salud (Art. 13 OM 19 de Junio de 1997.) En caso de incomparecencia injustificada, se procederá a la extinción de la prestación económica (Art. 131 bis del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en la redacción dada por el Art. 34.4 de la Ley 24/2001 de 27 de Diciembre.)

El derecho al subsidio de Incapacidad Temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido cuando actúe fraudulentamente para obtener o conservar la prestación o trabajo por cuenta propia o ajena (Art. 132 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.) Se considerará acción fraudulenta entre otras, cuando ante la preexistencia de lesiones el trabajador se dé de alta en Régimen de la Seguridad Social.

Los datos de carácter personal facilitados se incorporarán a nuestros ficheros en la forma y con las limitaciones previstas en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Real Decreto 994/1999 de 11 de Junio. Asimismo, le informamos que dicha ley reconoce el derecho a acceder, rectificar y a cancelar dichos datos.

MUY IMPORTANTE

Si se ha advertido la omisión de documentos necesarios para la tramitación de su solicitud, le rogamos que los facilite, personalmente en estas Oficinas, en el plazo de 10 días, contados desde la fecha de su requerimiento, informándole que, de no hacerlo así, se le tendrá por desistido de su petición y se archivará sin más trámite (Art.70 y 71 de la ley 30/1992 de 26 de Noviembre, BOE.27 de Noviembre)

COLABORADOR

Núm. de Teléfono:

Fijo: /

Móvil: /

Tramitado por

“L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales incluidos en el presente documento y los que se faciliten con posterioridad, bien por el interesado, bien por la seguridad social, se incorporarán a un fichero de MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, para la tramitación y gestión de la prestación a la que pueda tener derecho. El interesado consiente expresamente a que Mutua Balear trate sus datos de salud, incluidos los que figuran en los historiales médicos que la entidad posee, con la finalidad indicada de tramitación y gestión de la posible prestación. Así mismo, el interesado consiente en que sus datos, incluidos los de salud, sean comunicados a la Seguridad Social con la finalidad antes indicada. Si el interesado facilita datos de terceros, manifiesta que dispone de su consentimiento y que trasladará a éstos la información sobre los ficheros que aquí se le facilita. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO, C/ Bisbe Campins, 4. 07012 - Palma de Mallorca.”