

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ ECONÒMICA PER INCAPACITAT TEMPORAL TREBALLADORS PER COMPTA PROPÍ I AUTÒNOMS

MOLT IMPORTANT: La presentació davant FREMAP de la declaració de situació d'activitat, adjunta a aquesta sol·licitud, després del termini reglamentari de quinze dies des de la baixa mèdica podrà suposar la reducció o pèrdua de la prestació econòmica d'incapacitat temporal.

1. DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ

NIF/NIE/PASSAPORT: NÚM. d'Afiliació:

Sexe: Home Dona Cognoms i nom:

Data de naixement: Adreça electrònica:

Telèfon mòbil:

Direcció habitual

País: Província: Població:

Província: Codi postal:

Tipus de via: Vía: NÚM. de la via:

Bis: Si No Bloc: Escala: Pis: Porta:

DADES DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOL·LICITUD DEL BENEFICIARI, QUE ACTUA COM:

Representant legal Curador o defensor judicial Guardador de fet

DNI/NIF: Cognoms i nom:

Adreça electrònica: País: Telèfon:

País: Província: Població:

Tipus de via: codi postal:

Bis: Vía: Nº de la via:

Si No Bloc: Escala: Pis: Porta:

2. 2. DADES DE LA PRESTACIÓ

Data de la baixa mèdica: Incapacidad

Incapacitat temporal derivada de:

Malaltia Comuna Accident no laboral Malaltia Professional Accident de Treball

Existència de deute de quotes del règim d'autònoms: Si No

Si té deute vigent, ajornament de deute concedit per Tresoreria General Si No

Data resolució de l'ajornament:

3. DADES FISCALS:

Tipus voluntari de retenció per IRPF % (només és aplicable si és superior a què reglamentàriament procedeixi)

Informe la seva direcció fiscal si és diferent a l'habitual:

País: Província: Població:
Província: codi postal:
Tipus de via: Vía: NÚM. de la via:
Bis: Si No Bloc: Escala: Pis: Porta:

Si la seva residència fiscal està en TERRITORI FORAL, indiqueu els fills i altres descendents a l'efecte de retenció per IRPF

Any de naixement	Any d'adopció (*)	Discapacitat	Mobilitat reduïda	Computat per sencer

* Només en el cas de fills adoptats o de menors acollits. Tractant-se de fills adoptats que prèviament haguessin estat acollits, indiqueu l'any de l'acolliment

4. ENTITAT FINANCERA DE COBRAMENT (Els pagaments es faran per transferència bancària i, en el cas de sol·licitud per un guardador de fet, el titular del compte corrent haurà de ser necessàriament el treballador beneficiari de la prestació)

IBAN:

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, manifestant-ho, igualment, que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades en ella expressades que pogués produir-se d'ara endavant, i SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que es doni curs a la meua petició de prestació per Incapacitat Temporal, adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seva millor resolució.

A , a de de

(Signatura del sol·licitant)

DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR:

1. Haurà d'acreditar la seva identitat amb la signatura d'aquesta sol·licitud mitjançant certificat digital o, si no, amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substitueixi, que serà confrontat per FREMAP i li serà tornat (si us plau, en cap cas ha d'aportar-se amb la resta de documentació fotocòpia del DNI). En lloc d'allò indicat, per evitar la personació física en les oficines de FREMAP, serà suficient amb l'aportació del rebut del pagament de la quota del Règim Especial de Treballadors Autònoms corresponent al mes immediatament anterior al de la baixa mèdica o de qualsevol altre rebut bancari no anterior al mes previ al de la sol·licitud de la prestació, sempre que en qualsevol d'aquests rebuts bancaris consti el número complet del compte corrent (IBAN) i que vostè aparegui com un dels seus titulars. També podrà acreditar la seva identitat sense necessitat de presència física mitjançant un certificat actualitzat de la titularitat del compte corrent que ha consignat per a l'abonament de la prestació, havent d'aparèixer com a titular en aquest certificat.
2. Si la sol·licitud es formula per persona diferent de l'autònom beneficiari, documentació acreditativa de la representació legal, curatela, defensa judicial o guarda de fet (en aquest últim supòsit, la condició de guardador de fet pot acreditar-se mitjançant llibre de família - que justifiqui, si escau, la relació de parentesc entre guardador i beneficiari -, certificat d'empadronament o documentació que acrediti la convivència, així com aquells documents de què es desprengui clarament tal condició).
3. En cas que la sol·licitud es formuli pel guardador de fet, fotocòpia d'un document bancari en què consti l'autònom beneficiari com a titular del compte corrent en què s'ingressarà la prestació.
4. En el moment de sol·licitar la prestació i posteriorment, amb periodicitat semestral, butlletí de cotització en el Règim Especial de la persona que substitueix el titular durant la baixa, o còpia del justificant de cotització, si el substitut és treballador per compte d'altri.
5. Emplenar en la seva totalitat i subscriure la declaració que apareix a continuació d'aquesta sol·licitud, que s'haurà de renovar semestralment.
6. Fotocòpia del butlletí de cotització del mes anterior al de la baixa mèdica
7. I el model 145 de situació a l'efecte d'IRPF degudament emplenat. (Excepte País Basc i Navarra, supòsits en què s'ha d'acompanyar, en el seu lloc, fotocòpia del llibre de família per acreditar l'edat dels fills).
8. En cas que tingui ajornament de deute de cotització al RETA concedit per la Tresoreria General de la Seguretat Social, ha d'aportar còpia de la resolució d'aquest organisme.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL-LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li po-guessin correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) de l'esmentat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

DECLARACIÓ DE SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT

El Sr. / la Sra.

amb

número d'afiliació a la Seguretat Social

amb D.N.I.

i amb domicili a

declara sota la seva responsabilitat que:

És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa:

Si

No⁽¹⁾

Que aquest establiment té el domicili social a

Tel. que l'activitat econòmica, ofici o professió és la de

i que durant la situació d'incapacitat temporal l'activitat queda en la situació següent:

1. Gestionat per:

a. Familiar:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. de document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

Parentesc

a. Empleat de l'establiment:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. de document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

b. Gestionat per una altra persona:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. de document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

2. Cessament temporal o definitiu en l'activitat durant la situació d'incapacitat temporal del titular de l'establiment.

3. O, al contrari, declara que està inclòs en el Règim Especial de treballadors per compte propi o autònoms pel que fa a l'activitat econòmica de

que té el domicili a

, tel.

,a

de/d'

de

(Signatura del sol·licitant)

(1) Si es marca la casella NO s'ha d'emplenar el punt 3.

INFORMACIÓ SOBRE LA SISTEMÀTICA D'ABONAMENT DE LA PRESTACIÓ

El pagament del subsidi d'incapacitat temporal es farà mitjançant transferència bancària al compte corrent que ha consignat en aquesta sol·licitud.

Per a això NO haurà de presentar davant FREMAP els comunicats de confirmació que li siguin emesos pel metge que l'atén durant la seva baixa mèdica.

Les transferències bancàries es faran l'últim dia hàbil de cada mes, d'acord amb la programació que s'indica a continuació:

Calendari de pagaments de totes les prestacions econòmiques periòdiques durant 2025:



Nota: En aquestes dates, FREMAP emet l'ordre de transferència bancària, podent rebre l'abonament en el compte corrent del beneficiari al següent dia hàbil.

El període que s'abonarà serà com a màxim fins al penúltim dia hàbil de cada mes. Per exemple, si la transferència bancària s'emet un dilluns, l'abonament correspondrà fins divendres previ ”.

FULL PER AL TREBALLADOR BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ