

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y AUTÓNOMOS

MUY IMPORTANTE: La presentación ante FREMAP de la declaración de situación de actividad, adjunta a esta solicitud, después del plazo reglamentario de quince días desde la baja médica podrá suponer la reducción o pérdida de la prestación económica de incapacidad temporal.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

NIF/NIE/PASAPORTE: N° de Afiliación:
Sexo: Hombre Mujer Apellidos y Nombre:
Fecha de Nacimiento: Email:
Teléfono móvil:
Dirección habitual
País: Provincia: Localidad:
Población: Código Postal:
Tipo de vía: Vía: N° de la vía:
Bis: Si No Bloque: Escalera: Piso: Puerta:

DATOS DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOLICITUD DEL BENEFICIARIO, QUE ACTUA COMO:

Representante legal Curador o defensor judicial Guardador de hecho

DNI/NIF: Apellidos y nombre:
Correo electrónico: Teléfono:
País: Provincia: Localidad:
Población: código postal:
Tipo de vía: Vía: N° de la vía:
Bis: Si No Bloque: Escalera: Piso: Puerta:

2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja médica:
Incapacidad Temporal Derivada de:
Enfermedad Común Accidente no laboral Enfermedad Profesional Accidente de Trabajo
Existencia de deuda de cuotas del régimen de autónomos: Si No
Si tiene deuda vigente, aplazamiento de deuda concedido por Tesorería General Si No
Fecha resolución del aplazamiento:

3. DATOS FISCALES:

Tipo voluntario de retención por IRPF % (sólo es aplicable si es superior al que reglamentariamente proceda)

Informe su dirección fiscal si es distinta a la habitual:

País: Provincia: Localidad:
Población: código postal:
Tipo de vía: Vía: Nº de la vía:
Bis: Si No Bloque: Escalera: Piso: Puerta:

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, indique los hijos y otros descendientes a efectos de retención por IRPF

Año de nacimiento	Año de adopción (*)	Discapacidad	Movilidad reducida	Computado por entero

* Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique el año del acogimiento

4. ENTIDAD FINANCIERA DE COBRO (Los pagos se realizarán por transferencia bancaria y, en el caso de solicitud por un guardador de hecho, el titular de la cuenta corriente deberá ser necesariamente el trabajador beneficiario de la prestación)

IBAN:

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 FREMAP cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y **SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

En , a de de

(Firma del solicitante)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE:

1. Deberá acreditar su identidad con la firma de esta solicitud mediante certificado digital o, en su defecto, con la presentación en persona del original del DNI o documento oficial que lo sustituya, que será cotejado por FREMAP y le será devuelto (por favor, en ningún caso debe aportarse con el resto de documentación fotocopia del DNI). En lugar de lo indicado, para evitar la personación física en las oficinas de FREMAP, será suficiente con la aportación del recibo del pago de la cuota del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos correspondiente al mes inmediatamente anterior al de la baja médica o de cualquier otro recibo bancario no anterior al mes previo al de la solicitud de la prestación, siempre que en cualquiera de estos recibos bancarios conste el número completo de la cuenta corriente (IBAN) y que usted aparezca como uno de sus titulares. También podrá acreditar su identidad sin necesidad de presencia física mediante un certificado actualizado de la titularidad de la cuenta corriente que ha consignado para el abono de la prestación, debiendo aparecer como titular en dicho certificado.
2. Si la solicitud se formula por persona diferente al autónomo beneficiario, documentación acreditativa de la representación legal, curatela, defensa judicial o guarda de hecho (en este último supuesto, la condición de guardador de hecho puede acreditarse mediante libro de familia -que justifique, en su caso, la relación de parentesco entre guardador y beneficiario-, certificado de empadronamiento o documentación que acredite la convivencia, así como aquellos documentos de los que se desprenda claramente tal condición)
3. En el caso de que la solicitud se formule por el guardador de hecho, fotocopia de un documento bancario en el que conste el autónomo beneficiario como titular de la cuenta corriente en que se ingresará la prestación
4. Al solicitar la prestación y posteriormente, con periodicidad semestral, boletín de cotización en el Régimen Especial de la persona que sustituye al titular durante la baja o, en su defecto, copia del justificante de cotización, si el sustituto es trabajador por cuenta ajena.
5. Cumplimentar en su totalidad y suscribir la declaración que figura a continuación de esta solicitud, que deberá renovarse semestralmente.
6. Fotocopia del boletín de cotización del mes anterior al de la baja médica.
7. El modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado. (Excepto País Vasco y Navarra, supuestos en los que, en su lugar, debe acompañarse fotocopia del libro de familia para acreditar la edad de los hijos).
8. En caso de que tenga aplazamiento de deuda de cotización al RETA concedido por la Tesorería General de la Seguridad Social, debe aportar copia de la resolución de dicho organismo.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudiesen corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es. Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

D./Dña.,

con N° de afiliación a la Seguridad Social

con D.N.I.

y domicilio en

declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza: Si No⁽¹⁾

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en

Y tfno. 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.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

Parentesco

a. Empleado del establecimiento:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

b. Gestionado por otra persona:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

2. Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal del titular del establecimiento.

3. 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

, tfno.

En

, a

de

de

(Firma del solicitante)

(1) Si se marca la casilla NO deberá cumplimentar el punto 3.

INFORMACIÓN SOBRE LA SISTEMÁTICA DE ABONO DE LA PRESTACIÓN

El pago del subsidio de incapacidad temporal se realizará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente que ha consignado en esta solicitud.

Para ello NO deberá presentar ante FREMAP los partes de confirmación que le sean extendidos por el médico que le atiende durante su baja médica.

Las transferencias bancarias se realizarán el último día hábil de cada mes, de acuerdo con la programación que se indica a continuación:

Calendario de pagos de todas las prestaciones económicas periódicas durante 2025:



Nota: En estas fechas, FREMAP emite la orden de transferencia bancaria, pudiendo recibirse el abono en la cuenta corriente del beneficiario al siguiente día hábil.

El período que se abonará será como máximo hasta el penúltimo día hábil de cada mes. Por ejemplo, si la transferencia bancaria se emite un lunes, el abono corresponderá hasta el viernes previo”.

HOJA PARA EL TRABAJADOR BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN