

SOLICITUDE DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDADE TEMPORAL TRABALLADOR/A POR CONTA PROPIA E AUTÓNOMOS

MOI IMPORTANTE: A presentación ante FREMAP da declaración de situación de actividade, adxunta a esta solicitude, despois do prazo regulamentario de quince días desde a baixa médica poderá supoñer a redución ou perda da prestación económica de incapacidade temporal.

1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN

NIF/NIE/PASAPORTE: N° de Afiliación:

Sexo: Hombe Muller Apellidos e nome:

Data de nacemento: Correo electrónico:

Teléfono móbil:

Enderezo habitual

País: Provincia: Localidade:

Población: Código Postal:

Tipo de rúa: Rúa: N° de la vía:

Bis: Si No Bloque: Escaleira: Andar: Porta:

DATOS DA PERSOA QUE FORMULA A SOLICITUDE DO BENEFICIARIO, QUE ACTUA COMO:

Representante legal Curador ou defensor xudicial Gardador de feito

DNI/NIF: Apellidos e nome:

Correo electrónico: Teléfono:

País: Provincia: Localidade:

Población: Código Postal:

Tipo de Rúa: Rúa: N° de la rúa:

Bis: Si No Bloque: Escaleira: Andar: Porta:

2. DATOS DA PRESTACIÓN

Data da baixa médica:

Incapacidade temporal derivada de:

Enfermidade Común Accidente non laboral Enfermidade Profesional Accidente de Traballo

Existencia de débeda de cotas do réxime de autónomos: Si No

Se ten débeda vixente, aplazamento de débeda concedida pola Tesourería Xeral Si No

Data resolución do aplazamento:

3. DATOS FISCAIS:

Tipo voluntario de retención por IRPF % (só é aplicable se é superior ao que regulamentariamente proceda)

Informe o seu enderezo fiscal se é distinta á habitual:

País: Provincia: Localidade:
Población: Código Postal:
Tipo de Rúa: Rúa: Nº de la rúa:
Bis: Si No Bloque: Escaleira: Andar: Porta:

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, indique os fillos e outros descendentes para os efectos da retención por IRPF

Ano de nacemento	Ano de adopción (*)	Discapacidade	Movilidad reducida	Computado por enteiro

* Soamente no caso de fillos adoptados ou de menores acollidos. tratándose de fillos adoptados que previamente estivesen acollidos, indique o ano do acollemento

4. ENTIDADE FINANCIERA DE COBRAMENTO (Os pagamentos realizaranse por transferencia bancaria e, no caso de solicitude por un gardador de feito, o titular da conta corrente deberá ser necesariamente o traballador beneficiario da prestación)

IBAN:

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando, igualmente, que quedo decatado da obriga de comunicar a FREMAP calquera variación dos datos nela expresados que puidese producirse de agora en adiante, e **SOLICITO**, mediante a sinatura do presente impreso, que se dea curso á miña petición de prestación por Incapacidade Temporal, adoptando para iso todas as medidas necesarias para a súa mellor resolución.

En , a de de

(Sinatura do solicitante)

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR:

1. Deberá acreditar a súa identidade coa sinatura desta solicitude mediante certificado dixital ou, no seu defecto, coa presentación en persoa do orixinal do DNI ou documento oficial que o substitúa, que será cotexado por FREMAP e seralle devolto (por favor, en ningún caso debe achegarse co resto de documentación fotocopia do DNI). En lugar do indicado, para evitar a comparecencia física nas oficinas de FREMAP, será suficiente coa achega do recibo do pagamento da cota do Réxime Especial de Traballadores Autónomos correspondente ao mes inmediatamente anterior ao da baixa médica ou de calquera outro recibo bancario non anterior ao mes previo ao da solicitude da prestación, sempre que en calquera destes recibos bancarios conste o número completo da conta corrente (IBAN) e que vostede apareza como un dos seus titulares. Tamén poderá acreditar a súa identidade sen necesidade de presenza física mediante un certificado actualizado da titularidade da conta corrente que consignou para o aboamento da prestación, debendo aparecer como titular no devandito certificado
2. Se a solicitude se formula por persoa diferente ao autónomo beneficiario, documentación acreditativa da representación legal, curadoría, defensa xudicial ou garda de feito (neste último suposto, a condición de gardador de feito pode acreditarse mediante libro de familia - que xustifique, se é o caso, a relación de parentesco entre gardador e beneficiario -, certificado de empadramento ou documentación que acredite a convivencia, así como aqueles documentos de que se desprenda claramente tal condición).
3. No caso de que a solicitude se formule polo gardador de feito, fotocopia dun documento bancario en que conste o autónomo beneficiario como titular da conta corrente en que se ingresará a prestación.
4. Ao solicitar a prestación e posteriormente, con periodicidade semestral, boletín de cotización no réxime especial da persoa que substitúe o titular durante a baixa ou, se non existir, copia do xustificante de cotización, se o substituto é traballador por conta allea.
5. Cubrir na súa totalidade e subscribir a declaración que figura a seguir desta petición, que deberá ser renovada semestralmente.
6. Fotocopia do boletín de cotización do mes anterior ao da baixa médica.
7. E o modelo 145 de situación para os efectos de IRPF debidamente cuberto. (Agás País Vasco e Navarra, supostos nos que, no seu lugar, debe achegarse fotocopia do libro de familia para acreditar a idade dos fillos)
8. No caso de que ter aprazamento de débeda da cotización ao RETA concedido pola Tesourería Xeral da Seguridade Social, debe achegar copia da resolución do devandito organismo.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos de conformidad con lo que se establece en el Reglamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado Regulamento).

Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento, dereito a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, de maneira presencial en calquera das oficinas ou hospitais de FREMAP ou por correo electrónico dirixido a derechos_arco@fremap.es asinando a solicitude con certificado electrónico. Así mesmo, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

DECLARACIÓN DE SITUACION DA ACTIVIDADE

D./D.,

número de afiliación á Seguridade Social

con D.N.I.

y domicilio en

declara baixo a súa responsabilidade que:

É titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza

Si

Non⁽¹⁾

Que o referido establecemento ten o seu domicilio social en

Tel.: que a actividade económica, oficio ou profesión é a de

e que durante a situación de incapacidade temporal a actividade fica na seguinte situación:

1. Xestionado por:

a. Familiar:

D./D^a.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

Núm. Documento Nacional de Identidade

Código conta cotización da empresa

Parentesco

a. Empleado del establecimiento:

D./D^a.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

Núm. Documento Nacional de Identidade

Código conta cotización da empresa

b. Gestionado por otra persona:

D./D^a.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

Núm. Documento Nacional de Identidade

Código conta cotización da empresa

2. Cesamento temporal ou definitivo na actividade durante a situación de incapacidade temporal do titular do establecemento.

3. Ou pola contra, declara que está incluído no réxime especial de traballadores por conta propia ou autónomos en razón da actividade económica de

que ten o seu domicilio en

, tfno.

,a

de

de

(Sinatura do traballador)

(1) Se marcar o recadro NON deberá cubrir o punto 3.

INFORMACIÓN SOBRE A SISTEMÁTICA DE ABOAMENTO DA PRESTACIÓN

O pagamento do subsidio de incapacidade temporal realizarase mediante transferencia bancaria á conta corrente que consignou nesta solicitude.

Para iso NON deberá presentar ante FREMAP os partes de confirmación que lle sexan estendidos polo médico que lle atende durante a súa baixa médica.

As transferencias bancarias realizaranse o último día hábil de cada mes, de acordo coa programación que se indica a continuación

Calendario de pagamentos de todas as prestacións económicas periódicas durante 2025:



Nota: Nestas datas, FREMAP emite a orde de transferencia bancaria, podendo recibirse o aboamento na conta corrente do beneficiario ao seguinte día hábil.

O período que se aboará será ata o día 23 de cada mes.

Porén, se a incapacidade temporal superou a duración de 365 días, o período que se aboará será como máximo ata o penúltimo día hábil de cada mes. Por exemplo, se a transferencia bancaria se emite un luns, o aboamento corresponderá ata o venres previo.

FOLLA PARA O TRABALLADOR BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN