



**5. SÓLO EN CASO DE BAJA DE RECAÍDA: IDENTIFICACIÓN Y RENTAS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN Y ESTÁN A CARGO DEL TRABAJADOR EN EL MES PRECEDENTE A LA FECHA DE INICIO DEL PAGO DIRECTO <sup>(1)</sup>**

DNI o Pasaporte	Apellidos y Nombre	F. de nacimiento	Declaración de la Renta <sup>(3)</sup>	Importe de las rentas mensuales <sup>(2)</sup>						
				Rendimientos trabajo	Pensiones y prestaciones desempleo	Capital mobiliario sujeto o no a retención	Capital inmobiliario	Actividades profesionales, empresariales o agrarias	Otras rentas	Total rentas

Total rentas

(1) Cumplimentar sólo los datos de los hijos a cargo del solicitante, menores de 26 años o mayores si son incapacitados, indicando, en su caso, esta última circunstancia con la letra "(I)" en la columna de fecha de nacimiento.

(2) Se indicarán las rentas netas (ingresos menos gastos) en los rendimientos de actividades profesionales, artísticas empresariales y agrarias, así como en los incrementos o disminuciones patrimoniales y rendimientos irregulares. En el resto de rendimientos se indicarán las rentas brutas o ingresos íntegros. En la columna de pensiones y prestaciones, indicar, además del importe, si la renta deriva de una pensión (P), de una prestación contributiva (C) o de un subsidio de desempleo (S). Las rentas que se perciban con periodicidad superior al mes se prorratearán. En cuanto a las rentas del trabajo y otras que se perciban mensualmente, se computarán las del mes anterior.

(3) Indicar "SI" o "NO" realizó la última Declaración exigible del Impuesto de la Renta.

**6. DATOS DE LA EMPRESA (a cumplimentar por los trabajadores)**

Razón Social:

CCC:

Domicilio

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

**DATOS DE LA EMPRESA (a cumplimentar por los trabajadores en caso de pluriempleo)**

Razón Social:

CCC:

Domicilio

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Tipo de Contrato:

## 7. ENTIDAD FINANCIERA DE COBRO (Los pagos se realizarán por transferencia bancaria)

Banco

IBAN:

Dirección de la Sucursal:

**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 trabajador)

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, N° 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo N° 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 pudieran 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](mailto:derechos_arco@fremap.es). Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en [www.fremap.es](http://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](http://www.aepd.es)).

## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda.

### DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. En todo caso, fotocopia (por ambas caras) del DNI.
2. Documentación adicional:
  - a. En supuestos de extinción de la relación laboral:
    - i. Fotocopia del Libro de Familia.
    - ii. Certificado de Cotizaciones de la última empresa. (1)
    - iii. Sólo en caso de baja de recaída: si la antigüedad en la última empresa es inferior a 180 días, certificados de todas las empresas hasta computar 180 días de cotización. (1)
    - iv. En el caso descrito en el punto iii, deberá aportar, además, Certificado de Vida Laboral de la Tesorería General de la Seguridad Social.
    - v. Fotocopia de los Contratos de Trabajo.
    - vi. Fotocopia del Escrito de la Empresa al Trabajador o de las Resoluciones Administrativas o Judiciales que impliquen la Extinción de la Relación Laboral.
    - vii. Fotocopia de los finiquitos.
    - viii. En el caso descrito en el punto iii, deberá aportar certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social, en el que consten las bases reguladoras cotizadas en los 180 días considerados o, en su defecto, fotocopia de los modelos de cotización y recibos de salarios del mismo periodo.
  - b. En supuestos de pago directo por motivo distinto de la extinción de la relación laboral:
    - i. Documento que justifique la procedencia del pago directo. (2)
    - ii. Documentación que justifique la base reguladora de la prestación. (2)
  - c. Empleados del hogar:
    - i. Contrato de trabajo.
    - ii. Certificado del empleador. (1)
  - d. Trabajadores por cuenta ajena agrarios:
    - i. Certificado de empresa. (1)
    - ii. Fotocopia de la nómina del mes de la baja médica, y del anterior si estuvo de alta en la empresa.
    - iii. En caso de recaída de la baja médica una vez extinguida la relación laboral: Certificado de jornadas reales en los últimos seis años, emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
3. El modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado (excepto País Vasco y Navarra).

(1) Impreso facilitado por FREMAP o por la empresa.

(2) Consulte al gestor de su expediente FREMAP.