

**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.

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN**

D.N.I. / N.I.F.: N° de Afiliación  
Apellidos y Nombre  
Fecha de Nacimiento: N° de Teléfono:  
Correo electrónico:  
Domicilio:  
Localidad: Código Postal:  
Banco IBAN:  
Calle y Localidad de la Sucursal:  
Fecha de la baja médica: Base de Cotización: €/mes.  
Fecha de la última alta en el Régimen Especial:

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

Representante legal      Curador o defensor judicial      Guardador de hecho

Apellidos y nombre:  
DNI/NIF:      Teléfono:  
Correo electrónico:  
Domicilio:  
Localidad:      código postal:

**DATOS FISCALES:**

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

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general. Número de hijos      Tabla de pensiones      Tipo Voluntario      %  
En      , a      de      de

(Firma del solicitante)

Nombre del Asesor Laboral:

## 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. Y 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).

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 pu-dieran 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, 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](mailto: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](http://www.aepd.es))

## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

D./Dña.,

con Nº 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<sup>(1)</sup>

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

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

(Firma del solicitante)

## 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 2024:



**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”.