

**SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ ECONÒMICA PER INCAPACITAT TEMPORAL
TREBALLADORS PER COMPTE PROPI I AUTÒNOMS**

MOLT IMPORTANT: La presentació davant de FREMAP de l'exemplar per a la mútua de la baixa mèdica fora del termini reglamentari de cinc dies des de la seva expedició i de la declaració de situació d'activitat, adjunta a aquesta sol·licitud, després del termini reglamentari de quinze dies des de la baixa mèdica poden suposar la reducció o pèrdua de la prestació econòmica d'incapacitat temporal.

D.N.I. / N.I.F.: Núm. d'afiliació
Cognoms i nom
Data de naixement Núm. de telèfon
Adreça electrònica
Adreça:
Població: Codi postal
Banc IBAN:
Carrer i població de la sucursal
Data de la baixa mèdica Base de cotització €/mes.
Data de l'última alta en el Règim Especial

DADES FISCALS

Tipus voluntari de retenció per l RPF % (aplicable només si és superior al que corresponguia reglamentàriament).

Si teniu la residència fiscal en TERRITORI FORAL, a l'efecte de retenció per IRPF voleu que se us aplique

Taula general. Nombre de fills	Taula de pensions	Tipus voluntari	%
	, de/d'	de	

(Signatura del treballador)

Nom de l'assessor laboral:

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR:

1. Fotocòpia del DNI.
2. Baixa mèdica i comunicats de confirmació, si es tracta de contingències comunes.
3. 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 substituït és treballador per compte d'altri.
4. Emplenar en la seva totalitat i subscriure la declaració que apareix a continuació d'aquesta sol·licitud, que s'haurà de renovar semestralment.
5. Fotocòpia dels butlletins de cotització dels últims tres mesos, inclòs el del mes de la baixa mèdica.
6. 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).

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

La finalitat de la recollida i tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogue-ren 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) del citat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a 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.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació addicional sobre el tractament de les seues dades en www.fremap.es.

Igualment se li informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: 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 boix la seua 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. _____

_____, de/d' _____ de _____

(Signatura del treballador)

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