

PETICIÓN DE PAGAMENTO DIRECTO POR INCAPACIDADE TEMPORAL, TRABALLADORES POR CONTA ALLEA

Cubra este impreso da forma máis exacta posible porque así facilitará o trámite da súa prestación.

Antes de comezar a escribir lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubri-lo correctamente.

Moi importante (só en enfermidade común e en accidente non laboral): se o motivo do pagamento directo da prestación é a extinción da relación laboral, o período que aboe a mutua será descontado da prestación de desemprego a que poida ter dereito o beneficiario (artigo 283.1 da Lei Xeral da Seguridade Social).

1. DATOS PERSOAIS

1.1. DO SOLICITANTE BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN

Apelidos e nome:

DNI / NIF:

NAF:

Sexo: Home Muller

Teléfono

Data de nacemento:

Núm. de fillos para os efectos de desemprego IT:

Correo Electrónico:

Domicilio para efectos fiscais:

Localidade y Código Postal:

Tipo de Contrato (Risque todos os recadros que procederen):

Fixo Eventual Fixo Discontinuo A tempo Parcial Observacións

1.2. DA PERSOA QUE FORMULA A SOLICITUDE A FAVOR DO BENEFICIARIO, QUE ACTÚA COMO:

Representante legal

Curador ou defensor xudicial

Gardador de feito

Apelidos e nome:

DNI/NIF:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidade:

Código Postal:

2. DATOS FISCAIS

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

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, para os efectos de retención por IRPF desexa que se lle aplique:

Táboa xeral. Número de fillos

Táboa de pensións

Tipo voluntario

3. DATOS DA PRESTACIÓN

Data da baixa

Oficina FREMAP ou entidade que tramitou o expediente:

Incapacidade Temporal Derivada de:

Enfermidade común

Accidente non laboral

Enfermidade profesional

Accidente de traballo

¿Tivo algún outro proceso de IT durante os 6 meses anteriores ao actual?

Si

Non

¿O proceso actual débese á mesma enfermidade do anterior?

Si

Non

4. SUPOSTOS DE PAGAMENTO DIRECTO DE IT

Faga constar a causa que corresponder:

1. Supostos excluídos de pagamento delegado.
2. Empresas de menos de dez traballadores e máis de seis meses consecutivos de aboamento de IT que o soliciten regularmentariamente. (Art. 16.2 da OM de 25-11-66). (BOE do día 7 de decembro).
3. Incumprimento obriga empresarial pagamento subsidio desde _____ ata _____
4. Extinción relación laboral durante a situación de IT:
 - a. Extinción do contrato de traballo.
 - b. Resolución xudicial, administrativa ou acto firme.
 - c. Falecemento do empresario.
 - d. Xubilación do empresario.
 - e. Invalidez do empresario.
 - f. Extinción do empresario como persoa xurídica.
 - g. Despedimento.
5. Por esgotar prazo máximo situación de IT ou inicio de expediente de incapacidade permanente.
6. Fin de campaña, traballadores fixos descontinuos.
7. Xubilación parcial.

5. IDENTIFICACIÓN E RENDAS DOS FILLOS QUE COVI-VEN E ESTÁN A CARGO DO TRABALLADOR NO MES PRECEDENTE Á DATA DE INICIO DO PAGAMENTO DIRECTO ⁽¹⁾

DNI ou Pasaporte	Apelidos e Nome	F. de Nacemento	Declaración Renda ⁽³⁾	Importe de las rentas mensuales ⁽²⁾						
				Rendementos traballo	Pensións e prestacións desemprego	Capital mobiliario suxeito ou non a retención	Capital inmobiliario	Actividades profesionais empresariais ou agrarias	Outras rendas	Total rendas

Total rendas

(1) Cubrir só os datos dos fillos a cargo do solicitante, menores de 26 anos ou máis vellos se son incapacitados, indicando, se for o caso, esta última circunstancia coa letra "(1)" na columna de data de nacemento.

(2) Indicaranse as rendas netas (ingresos menos gastos) nos rendementos de actividades profesionais, artísticas, empresariais e agrarias, así como nos incrementos ou diminucións patrimoniais e rendementos irregulares. No resto de rendementos indicaranse as rendas brutas ou ingresos íntegros. Na columna de pensións e prestacións, indique, ademais do importe, se a renda deriva dunha pensión (P), dunha prestación contributiva (C) ou dun subsidio de desemprego (S). As rendas que se perciban con periodicidade superior ao mes serán rateadas. No referente ás rendas do traballo e outras que se perciban mensualmente, computaranse as do mes anterior.

(3) Indique "SI" ou "NON" realizou a última declaración esixible do Imposto da Renda.

6. DATOS DA EMPRESA (para cubriren os traballadores)

Razón Social: _____ CCC: _____
Domicilio _____ Código Postal: _____
Localidade: _____ Provincia: _____

DATOS DA EMPRESA (para cubriren os traballadores en caso de pluriemprego)

Razón Social: _____ CCC: _____
Domicilio _____ Código Postal: _____
Localidade: _____ Provincia: _____

Tipo de Contrato: _____

7. ENTIDADE FINANCEIRA 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):

Banco _____ IBAN: _____

Rúa e localidade da sucursal: _____

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, manifestando, igualmente, que estou informado da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación dos datos nela expresados que se puidesen producir a partir de agora, e

SOLICITO, mediante a sinatura do presente impreso, que se dea curso á miña petición de prestación por incapacidad temporal, adoptando para iso todas as medidas necesarias para a súa mellor resolución.

_____, de _____ de _____
(Sinatura do traballador.)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (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 e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es.

Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR CORRECTAMENTE A PETICIÓN

- Escriba con claridade e en letras maiúsculas.
- Solicite o asesoramento e axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON ESTA PETICIÓN

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, poderá optar por achegar un certificado actualizado da titularidade da conta corrente que consignou para o aboamento da prestación, debendo aparecer como titular no devandito certificado ou, na súa falta, un recibo bancario con algún cargo, de data non anterior ao mes previo á solicitude, no que conste completo o IBAN e a súa titularidade da conta corrente de cargo.
2. Se a solicitude se formula por persoa diferente ao traballador 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. Documentación adicional:
 - a. En supostos de extinción da relación laboral:
 - i. Fotocopia do libro de familia.
 - ii. **Certificado de cotizacións da última empresa.** (1)
 - iii. Só en enfermidade común e en accidente non laboral: se a antigüidade na última empresa é inferior a 180 días, certificados de todas as empresas ata computar 180 días de cotización. (1)
 - iv. No caso descrito no punto 2.1.3., deberá achegar, ademais, **Certificado de Vida Laboral** da Tesouraría Xeral da Seguridade Social.
 - v. **Fotocopia dos contratos de traballo.**
 - vi. Fotocopia do escrito da empresa ao traballador ou das resolucións administrativas ou xudiciais que impliquen a extinción da relación laboral.
 - vii. Fotocopia das liquidacións.
 - viii. No caso descrito no punto iii, deberá achegar **certificado** da Tesouraría Xeral da Seguridade Social, en que consten as bases reguladoras cotizadas nos 180 días considerados ou, de non o haber, fotocopia dos modelos de cotización e recibos de salarios do mesmo período..
 - b. En supostos de pagamento directo por motivo diferente da extinción da relación laboral:
 - i. Documento que xustifique a procedencia do pagamento directo. (2)
 - ii. Documentación que xustifique a base reguladora da prestación. (2)
 - c. Empregados do fogar:
 - i. Contrato de traballo.
 - ii. Certificado do empregador. (1)
 - d. Traballadores por conta allea agrarios:
 - i. Certificado de empresa. (1)
 - ii. Fotocopia da nómina do mes da baixa médica, e do anterior se estivo de alta na empresa.
 - iii. En caso de recaída da baixa médica unha vez extinta a relación laboral: Certificado de xornadas reais nos últimos seis anos, emitido pola Tesouraría Xeral da Seguridade Social.
4. E o modelo 145 de situación para os efectos de IRPF debidamente cuberto. (Agás País Vasco e Navarra).
5. No caso de que a solicitude se formule polo gardador de feito, fotocopia dun documento bancario en que conste o traballador beneficiario como titular da conta corrente en que se ingresará a prestación

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

- (1) Impreso facilitado pola FREMAP ou pola empresa.
- (2) Consulte o xestor do seu expediente na FREMAP.

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 2024:



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