

## Solicitud de pago directo de la prestación económica por incapacidad temporal

Fecha de entrada

### 1. Datos del solicitante

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

DNI - NIF-Pasaporte  Número afiliación S.S.  Fecha de nacimiento  Número de teléfono  Teléfono móvil  Sexo  Hombre  Mujer

Domicilio (calle o plaza) a efectos fiscales  Número  Escalera  Piso  Puerta  Bloque

Código Postal  Localidad  Provincia

Correo electrónico

Tipo de contrato (tache tantas casillas como proceda)  
 Fijo  Eventual  Fijo discontinuo  A tiempo parcial

### 2. Datos del representante legal / Asesor Laboral

Nombre ó razón social  DNI - NIF-Pasaporte  Número de teléfono

### 3. Datos de la prestación

Fecha de la baja

Incapacidad temporal (IT) derivada de:  
 Accidente de Trabajo  Enfermedad Común  Enfermedad Profesional  Accidente no Laboral

¿Ha tenido algún otro proceso de incapacidad temporal durante los 180 días anteriores al actual?  Sí  NO

¿Se trata de una recaída?  Sí  NO

Si es trabajador del Sistema Especial Agrario por cuenta ajena, ¿ha prestado servicios el día de la baja médica?  Sí  NO

Fecha de la última jornada real realizada

### 4. Datos de la empresa

Razón social  Código Cuenta Cotización  Régimen

Domicilio  Código Postal

Localidad  Provincia

### 5. Datos de la entidad bancaria donde efectuar los pagos

Nombre entidad financiera

IBAN  ENTIDAD  OFICINA  NÚMERO DE CUENTA

- \* 1. Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria  
 \* 2. El trabajador beneficiario de la prestación debe ser el titular de la cuenta bancaria

### 6. Motivos de la solicitud de pago directo

1. Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses de baja
2. Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte de la empresa
3. Trabajadores del Régimen Especial Autónomos
4. Colectivos integrados en el Régimen General (Representantes de Comercio, Artistas y Profesionales Taurinos)
5. Trabajadores de Sistemas Especiales (Agrarios y Empleados del Hogar)
6. Trabajadores del Régimen del Mar
7. Extinción de la relación laboral durante la situación de Incapacidad Temporal
8. Suspensión de la relación laboral de los trabajadores fijos discontinuos
9. Situación de baja médica iniciada durante un ERTE
10. Resolución de prórroga de IT tras los 365 días
11. Anulación de la suspensión cautelar por incomparecencia
12. Discrepancia alta emitida por el INSS
13. Notificación de la resolución de alta a los 365 días
14. Trabajadores en situación de jubilación parcial
15. Otras causas

**7. Periodicidad del pago:** Como norma general, Asepeyo efectuará el pago una vez al mes y de acuerdo con el calendario de transferencias. En caso que requiera otra modalidad, contacte con su centro asistencial.

## 8. Otros datos

### 8.1. Datos fiscales

Tipo voluntario de retención por IRPF  %

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

Tabla general. Número de hijos   Tabla de pensionistas  Tipo voluntario  %

### 8.2. Datos de los hijos e hijas a cargo que conviven o están a cargo de la persona solicitante

(Incluir únicamente los hijos e hijas que conviviendo o no, estén a su cargo: menores de veintiseis años o mayores con una discapacidad o menores en acogida)

| Apellidos y nombre   | DNI o NIE            | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |

### 8.3. Certificado SEPE

Para las solicitudes de pago directo por extinción de contrato: en caso de disponer de una prestación por desempleo no agotada y posteriormente haber cotizado por un periodo superior a un año, indique las cotizaciones a tener en cuenta para el abono de la incapacidad temporal:

Cotizaciones del desempleo suspendido  Cotizaciones realizadas posteriormente

## 9. Observaciones

**Declaro**, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados, y

**Solicito**, mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por incapacidad temporal.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del solicitante

De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y cualquier otra legislación vigente que pudiese resultar aplicable en materia de protección de datos de carácter personal, Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, número 151, con NIF G-08215824 y domicilio en Vía Augusta nº 36, 08006 Barcelona, te informa de que los datos facilitados serán tratados por Asepeyo sobre la base legal (artículos 80 y 82 del Real Decreto Legislativo 8/2015) del interés público en el cumplimiento de las funciones que le son propias como mutua colaboradora con la Seguridad y Social y, en concreto, con la finalidad de gestionar tu solicitud de prestación, efectuar comunicaciones y notificaciones al respecto y, en su caso, realizar el abono de la prestación solicitada.

Asimismo, te informamos que podrás recibir notificaciones y avisos del estado de tu prestación a través de SMS enviados a tu número de teléfono móvil. Tus datos se conservarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente y, en todo caso, hasta la conclusión del último de plazo de prescripción de acciones penales y civiles, así como de sanciones administrativas, que resulte aplicable, sin perjuicio de su debido bloqueo. En virtud de los supuestos legalmente previstos, tus datos podrán ser comunicados a los organismos públicos competentes en materia de control, gestión y/o supervisión de la prestación:

- Considerando el carácter retributivo de la prestación, a efectos de declaración del IRPF, Asepeyo, debe informar del importe de la misma a la Agencia Tributaria.
- Al INSS, para la gestión de las prestaciones, de acuerdo con lo legalmente previsto.

Adicionalmente, te informamos que, en el supuesto que sea necesario para la gestión de tu expediente, podrán tener acceso a tus datos terceros que prestan servicios a Asepeyo, como pueden ser peritos médicos, peritos técnicos, investigadores privados, abogados, procuradores, proveedores informáticos y proveedores de custodia, destrucción y digitalización de documentación. Tus datos únicamente serán tratados por estos proveedores para la prestación del servicio contratado.

Puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y/o portabilidad por alguno de los medios habilitados que tienen por objeto acreditar y garantizar tu identidad:

- Mediante solicitud telemática realizada a través de Asepeyo Oficina Virtual (previo registro)
- Presentando solicitud firmada digitalmente mediante certificado electrónico emitido por una entidad acreditada mediante correo electrónico al Servicio de Atención al Usuario (asepeyo@asepeyo.es)
- Presencialmente en cualquiera de nuestros centros asistenciales

También puedes trasladar al DPD de Asepeyo (dpd@asepeyo.es) cualquier consulta, sugerencia y/o reclamación con relación al tratamiento de tus datos de carácter personal. En cualquier caso tienes derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), autoridad competente en materia de protección de datos, a través de su sede electrónica o por escrito dirigido a la sede de dicho organismo.



**DOCUMENTOS PARA PAGO DIRECTO INCAPACIDAD TEMPORAL**

| Documentación a aportar   | OTROS SUPUESTOS |                          |                                    |   |  |  |
|---|-----------------|--------------------------|------------------------------------|---|--|--|
|   | 3<br>AUTÓNOMOS  | 4<br>Artistas o Taurinos | 5<br>Agricultores por cuenta ajena | 5<br>Hogar  | 6<br>Mar. grupos I, II y III           |  |
| Solicitud Pago Directo de la Prestación de IT   | ●               | ●                        | ●                                  | ●   | ●                                      |  |
| Fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte  | ●               | ●                        | ●                                  | ●   | ●                                      |  |
| Módulo 145 (IRPF). Excepto si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL (Navarra, Álava, Guipúzcoa, Vizcaya)  | ●               | ●                        | ●                                  | ●   | ●                                      |  |
| Parte médico de baja  | **              | **                       | **                                 | **  | **                                     |  |
| Último parte de confirmación  | **              | **                       | **                                 | **  | **                                     |  |
| Parte médico de alta  | **              | **                       | **                                 | **  | **                                     |  |
| Base de cotización del mes anterior a la baja médica (o de los 3 últimos meses en caso de contrato a tiempo parcial o fijos-discontinuos).<br>Presentar uno de los siguientes documentos del periodo solicitado:<br>- Nómina<br>- Certificado de empresa con las bases de cotización<br>- Certificado de la TGSS con las bases de cotización<br>- Otro documento de cotización del periodo solicitado |                 |                          |                                    | ● (cuando el empleador es el responsable de ingreso de las cuotas)          | ● (si es trabajador por cuenta ajena)  |  |
| Copia de la nómina del periodo solicitado   |                 |                          |                                    | **  | **                                     |  |
| Certificado de empresa con las bases de cotización  |                 |                          |                                    | **  | **                                     |  |
| Documento de cotización del periodo solicitado  |                 |                          |                                    | **  | **                                     |  |
| Justificante de pago de cuotas del mes anterior a la baja (autónomos)   | ●               |                          |                                    | ● (cuando el empleado del hogar es el responsable de ingreso de las cuotas) | ● (si es trabajador por cuenta propia) |  |
| Declaración situación de actividad  | ●               |                          |                                    |   |  |  |
| Certificado de la TGSS de abono de cuotas   | **              | **                       | **                                 | **  | **                                     |  |
| Solicitud/acuerdo de la TGSS de aplazamiento de deuda   | **              | **                       | **                                 | **  | **                                     |  |
| Certificado TGSS acreditando la base reguladora (Para el colectivo de artistas y taurinos, Asepeyo se encargará de solicitar esta información ante TGSS)  |                 | ●                        |                                    |   |  |  |
| Certificado de empresa cumplimentado conforme al TC 2/8 del mes anterior a la baja o de los tres meses anteriores (para fijos-discontinuos).  |                 |                          | ●                                  |   |  |  |
| Certificado del empleador del Hogar   |                 |                          |                                    | ●   | **                                     |  |
| Certificado de la TGSS: jornadas reales declaradas de trabajadores agrarios   |                 |                          | **                                 |   |  |  |
| ○ Documentación obligatoria   |                 |                          |                                    |   |  |  |
| ** Se le podrá requerir opcionalmente   |                 |                          |                                    |   |  |  |
| Motivos de pago directo: se corresponden con el punto 6 de la solicitud   |                 |                          |                                    |   |  |  |