

Sello Entrada .....

---

## Solicitud Pago Directo Incapacidad Temporal

---

Nº Expediente: .....  
REF.: .....

### DATOS PERSONALES:

**Apellidos y Nombre:** ..... **D.N.I. / N.I.E.:** .....

Domicilio: .....  
Localidad:..... C.Postal: ..... Provincia: .....  
Teléfono fijo.....

**Teléfono Móvil:** ..... **Correo electrónico:**.....

Le informamos que Mutua Navarra podrá utilizar estos datos para sus comunicaciones, citaciones o notificaciones, haciéndose usted responsable de su recepción con los efectos que de ello se deriven.

### DATOS DE PRESTACIÓN PAGO DIRECTO:

**FECHA DE BAJA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿CAUSA DE LA BAJA?  CONTINGENCIA COMÚN →  Enfermedad Común  Accidente No Laboral  
 CONTINGENCIA PROFESIONAL →  Accidente Trabajo  Enfermedad Profesional

¿Ha tenido algún otro proceso de Incapacidad Temporal durante los 6 meses anteriores a la baja actual?  
 SÍ  NO

¿Causa de la solicitud?

- AUTÓNOMO  
 EXTINCION RELACION LABORAL DURANTE EL PERÍODO DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
 SISTEMA ESPECIAL EMPLEADOS HOGAR: → Jornada <60 horas y responsable ingreso cuotas:  Sí  No  
 SISTEMA ESPECIAL AGRARIO: → Tipo de cotización:  Mensual  Jornadas Reales  
 ARTISTAS, TOREROS Y REPRESENTANTES DE COMERCIO  
 INICIO DE IP O PRORROGA TRAS AGOTAMIENTO DE 12 MESES  
 IMPUGNACION DE ALTA TRAS AGOTAMIENTO DE 12 MESES Y ALTA ELEVADA A DEFINITIVA  
 FIN DE CAMPAÑA FIJOS-DISCONTINUOS. → Indicar fecha aproximada de próxima campaña: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 EMPRESAS DE MENOS DE 10 TRABAJADORES Y MAS DE SEIS MESES CONSECUTIVOS DE IT  
 INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION EMPRESARIAL → DESDE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
HASTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 RECAÍDA AT/EP DURANTE SITUACION ASIMILADA ALTA → ¿CUAL?.....  
 OTRAS: .....

### HIJOS A CARGO

Declaro tener \_\_\_\_\_ hijos menores de 26 años o mayores incapacitados y/o menores acogidos que conviven conmigo y están a mi cargo.

Ejemplar para Mutua Navarra

Nº Expediente: ..... Sello Entrada: .....

**RETENCIÓN IRPF**

Retención de IRPF deseada \_\_\_\_ %. La retención mínima a aplicar será la establecida legalmente para cada situación.

**\*AUTÓNOMOS: DATOS DE LA ASESORÍA/GESTORÍA:**

Solicito que esta solicitud se gestione a través de:  *marcar en caso afirmativo*

Nombre Asesoría: ..... Persona de contacto: .....  
Teléfonos: ..... / ..... Email: .....

**FIRMA:**

Declaro, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados.

Solicito el abono de prestación manifestando mi consentimiento para que Mutua Navarra obtenga de la Tesorería General de la Seguridad Social los datos necesarios para comprobar el derecho a percibir la misma, incluyendo los Certificados de Cotización que se precisen para su cálculo.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firmado por:

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal**, le informamos que los datos personales que nos haya facilitado para la tramitación de la solicitud van a ser incorporados a los ficheros de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de tramitarle la solicitud y realizar la correspondiente gestión administrativa. Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del fichero, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica se le comunica que respecto a los datos de carácter personal recogidos para su tratamiento tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Mutua Navarra en la dirección postal arriba indicada en los términos que suscribe la legislación vigente.

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

<p><input type="checkbox"/> <b>Solicitud incompleta:</b></p> <p>Se le han requerido los siguientes documentos para la <b>subsanción de defectos</b> en el plazo de 10 días:</p> <p>Declaro que he sido informado de ello verbalmente y por escrito, en fecha: ____ / ____ / ____</p> <p><b>Firma del solicitante:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Solicitud completa:</b></p> <p>Fecha: ____ / ____ / ____</p> <p><b>Sello y Firma Mutua Navarra:</b></p>
---	--

**Nota: El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional en caso de considerarlo necesario.**

**Ejemplar para Mutua Navarra**

Nº Expediente: ..... Sello Entrada: .....

**DOCUMENTOS A APORTAR:**

**Siempre:**

1.  Solicitud de Prestación por Incapacidad Temporal debidamente cumplimentada.
2.  Acreditación de la identidad del interesado, en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE.
3.  Partes de Baja, Confirmación y, en su caso; Alta. (Sólo en Contingencia Común).
4.  Fotocopia de la primera página de la libreta bancaria en la que aparezcan los 24 dígitos del IBAN. (El titular deberá coincidir con el solicitante).

**Si tiene hijos a cargo:**

5.  Libro de familia. (Página de titulares e hijos).
6.  Última declaración la Renta.

**ADEMAS En casos de Accidente de Trabajo:**

7.  Parte de Accidente de Trabajo tiene que estar tramitado a través del Sistema Delta ([www.delta.mtin.es](http://www.delta.mtin.es)).

**ADEMAS En casos de Enfermedad Profesional:**

8.  Cuestionario de Enfermedad Profesional ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es).)

**En casos de Autónomos:**

9.  Declaración de Situación de Actividad, según el modelo de Mutua Navarra ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).
10.  Justificantes de pago de las cuotas de Seguridad Social de los 3 últimos meses anteriores a la baja.

**Si se ha extinguido la relación laboral:**

11.  Certificado de empresa de los últimos 180 días cotizados. (En caso de C. C. si en los últimos seis meses se ha prestado servicio en varias empresas deberán aportarse certificados de todas ellas, en caso de C. P., bastará con las del último contrato).
12.  Tres últimas nóminas y finiquito.

**En casos inicio inactividad Fijos-Discontinuos:**

13.  Certificado de empresa de los últimos 90 días cotizados (incluyendo si fuese necesario bases de campaña anterior).
14.  Tres últimas nóminas

**En casos de Incumplimiento Patronal:**

15.  El trabajador deberá acreditar el impago del periodo que solicita y la base reguladora para el cálculo de la prestación.

**En casos de Sistema Especial Hogar:**

16.  Certificado de empleador con base de cotización del mes/3 meses (t/parcial) anteriores al inicio de la Incapacidad Temporal.
17.  Si jornada < a 60h: Acuerdo entre empleador y empleado, si éste último es el responsable del ingreso de las cuotas.

**En casos de Sistema Especial Agrario:**

18.  Certificado de empresa con base de cotización del mes anterior al inicio de la Incapacidad Temporal y si es por contingencia común que incluya las bases de los últimos doce meses. Aportando TC2 del mes/3 meses anteriores a la baja.
19.  Si cotiza por Jornadas Reales: Certificado de empresa con distribución de Jornadas Reales y Previstas.

**20. En casos de Prórroga o Inicio de IP pasados 12 meses por resolución de INSS:**

21.  Copia de su resolución (Solo en caso de C. Común)

**En casos de Impugnación de alta tras 12 meses de IT que elevan a definitiva:**

22.  Declaración de empresa / autónomo de fecha de incorporación.

**23. Casos de empresas de menos de 10 trabajadores y más de seis meses consecutivos de IT:**

24.  Escrito de empresa certificando los requisitos para solicitar pago directo por esta causa.

**Trabajadores de Sistemas Especiales responsables del ingreso de cuotas:**

25.  Justificantes del pago de las cotizaciones a la Seguridad Social de los tres meses anteriores a la Incapacidad temporal.

**Recaída de AT/EP durante situación Asimilada Alta:**

26.  Certificado de desempleo en caso de estar en desempleo
27.  Certificado de acreditación de la situación asimilada al alta que de origen al pago directo.

**Pago Directo distinto a los expuestos:**

28.  La documentación adicional a aportar se requerirá por el personal de Mutua Navarra dependiendo del caso: .....

**Nota: El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional en caso de considerarlo necesario.**

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal**, le informamos que los datos personales que nos haya facilitado para la tramitación de la solicitud van a ser incorporados a los ficheros de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de tramitarle la solicitud y realizar la correspondiente gestión administrativa. Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del fichero, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica se le comunica que respecto a los datos de carácter personal recogidos para su tratamiento tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Mutua Navarra en la dirección postal arriba indicada en los términos que suscribe la legislación vigente.

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

**Solicitud incompleta:**

Se le requieren los siguientes documentos para la **subsanción de defectos** en el plazo de 10 días, con fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

..... Sello y Firma Mutua Navarra

.....

**Solicitud completa:**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sello y Firma Mutua Navarra

**Ejemplar para el interesado**