

**SOLICITUD PAGO DIRECTO: INCAPACIDAD TEMPORAL - CONTINGENCIA COMÚN –
TRABAJADORES POR CUENTA AJENA**

D.N.I. / N.I.E. _____ Fecha de la baja _____

Apellidos y Nombre _____

Domicilio _____ Localidad _____

Provincia _____ CP _____ 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.

SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO - Marcar el que corresponda:

- Fin de campaña en los trabajadores fijos discontinuos
- Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de IT que lo soliciten reglamentariamente (art. 16.2 de la OM de 25/01/66)
- Incumplimiento de la obligación empresarial. Falta de pago de la empresa (art. 19 de la OM de 25/11/66) desde ____ / ____ / _____, hasta ____ / ____ / _____.
- Extinción relación laboral durante la situación de IT
- Inicio de IP / Prórroga tras agotamiento de 12 meses de IT
- Impugnación de alta médica del INSS, tras agotamiento de 12 meses de IT
- Otras causas: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Retención de IRPF deseada _____% (por defecto se aplicará un 2% en personas con al menos un hijo a cargo y un 4% en el resto de situaciones. Asimismo, informamos que no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)

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.

Se deberá adjuntar copia del libro de familia, paginas de titulares e hijos a cargo.

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 solicitada manifestando mi consentimiento para que Mutua Navarra obtenga de la Tesorería General de la Seguridad Social los datos necesarios sobre los Certificados de cotización que se precisen para el cálculo de la prestación de incapacidad temporal.

Fecha: ____ / ____ / _____

Firma:

De acuerdo con la normativa vigente sobre **Protección de Datos de Carácter Personal**, le informamos de que sus datos serán incluidos en nuestros ficheros automatizados con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, puede dirigirse mediante escrito a Mutua de Navarra - Polígono de Landaben – Calle F nº 4 – 31012 – Pamplona.