

Solicitud de prestación por Incapacidad Temporal

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre Solicitante _____
DNI/NIE _____ Número de Afiliación a la Seguridad Social _____
Domicilio _____
Localidad _____ Código postal _____ Teléfono/s _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja ____ / ____ / _____

Incapacidad Temporal derivada de:

- Enfermedad Común Accidente no Laboral
 Accidente Laboral Enfermedad Profesional

CAUSA QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD DEL PAGO DIRECTO

- Trabajadores por Cuenta Propia / Autónomos
 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 O.M. de 25-1-66 y B.O.E. del 7 de diciembre).
 Incumplimiento de la obligación empresarial. Falta de pago de la empresa (Art. 19 de la OM de 25-11-66).
 Extinción relación laboral durante la situación de IT.

RETENCIÓN POR IRPF

Retención de IRPF deseada _____ %

SOLICITO, por la presente, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal.

_____, a ____ de _____ de _____ (Firma del/la solicitante)

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.