

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

## Solicitud pago directo incapacidad temporal

**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  
 DÍAS HASTA NOTIFICACIÓN ALTA (EN PRIMERA RESOLUCIÓN) TRAS AGOTAMIENTO 12 MESES  
 IMPUGNACION DE ALTA TRAS AGOTAMIENTO DE 12 MESES  
 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?.....  
 JUBILACIÓN PARCIAL  
 OTRAS: .....

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

**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.

**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 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firmado por: .....

**Nota:** El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional, relacionada con este expediente, en caso de considerarlo necesario para su gestión.

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

<input type="checkbox"/> <b>Solicitud incompleta</b>  *Se le informará de la documentación pendiente de aportar en documento "subsanción de defectos".	<input type="checkbox"/> <b>Solicitud completa</b>
--	--

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud y su gestión administrativa. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la correcta tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

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 tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, [dpd@mutuanavarra.es](mailto:dpd@mutuanavarra.es)

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en [www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)



Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

### CONSENTIMIENTO PARA EL ENVIO DE SMS

Nombre y Apellidos: .....

DNI: .....

Además de para los tratamientos antes descritos, y en base a los datos facilitados por Vd., Mutua Navarra necesita su consentimiento para el:

- Envío de SMS con la finalidad de recordarle las fechas de sus citas médicas y facilitarle información sobre próximos pagos que va a recibir.

**Firma, acepto**

**Firma, no acepto**

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

**DOCUMENTOS A APORTAR:**

---

**Siempre:**

1.  Solicitud de Prestación por Incapacidad Temporal debidamente cumplimentada y firmada.
2.  Acreditación de la identidad del interesado en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE.
3.  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:**

4.  Última declaración de la Renta, o libro de familia en caso de nacimiento de hijos en el año en curso.

**En caso de Autónomos:**

5.  Declaración de Situación de Actividad, según el modelo de Mutua Navarra ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).
6.  Justificante de pago de la cuota de Seguridad Social del mes anterior a la baja.

**Si se ha extinguido la Relación Laboral:**

7.  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).

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

8.  Certificado de empresa de los últimos 90 días cotizados.

**En casos de Incumplimiento Patronal:**

9.  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:**

10.  Si jornada < a 60h. y trabajador responsable de ingreso de cuotas: Justificante de pago de la cuota del mes anterior a la baja.

**En casos de Sistema Especial Agrario:**

11.  Certificado de empresa con base de cotización del mes/3meses anterior/es 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.

**En casos de Días Hasta Notificación Alta (en primera resolución) tras agotamiento 12 meses e Impugnación de Alta tras 12 meses de IT que elevan a definitiva:**

- Declaración de empresa / autónomo de fecha de incorporación.

**Recaída de AT/EP durante Situación Asimilada al Alta:**

12.  Certificado de desempleo, en caso de estar percibiendo la prestación contributiva de desempleo, o acreditación de la situación asimilada al alta que de origen al pago directo.

**En caso de Jubilación Parcial:**

13.  Nómina del mes anterior a la baja.

**Empresas de menos de 10 trabajadores y más de seis meses consecutivos de IT:**

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

**Documentación adicional:**

15.  Se requerirá por el personal de Mutua Navarra dependiendo del caso: .....

**ADEMÁS En casos de Accidente de Trabajo:**

16.  Tramitación del Parte de Accidente de Trabajo a través del Sistema Delta ([www.delta.mtin.es](http://www.delta.mtin.es)) por parte de la empresa/autónomo.