

Nº Expediente:

Sello Entrada:

Solicitud Pago Directo Incapacidad Temporal Trabajadores por Cuenta Propia

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

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:

Nº Expediente:

Sello Entrada:

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.

DOCUMENTOS A APORTAR:

Siempre:

- ☐ Solicitud de Prestación por Incapacidad Temporal debidamente cumplimentada y firmada.
- ☐ Acreditación de la identidad del interesado en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE.
- ☐ 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).
- ☐ Declaración de Situación de Actividad, según el modelo de Mutua Navarra (www.mutuanavarra.es).
- ☐ Justificante de pago de la cuota de Seguridad Social del mes anterior a la baja.

Si tiene hijos a cargo:

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

ADEMÁS En casos de Accidente de Trabajo:

- ☐ Tramitación del Parte de Accidente de Trabajo a través del Sistema Delta (www.delta.mtin.es).

A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:

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

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

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en 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