

Nº Expediente: _____ / _____

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

PARA RESIDENTES EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO Y EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

1. DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI/NIE/Pasaporte | | |
| Teléfono | | Correo electrónico | | | |
| Genero Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | | Núm. Afiliación Seguridad Social | | Fecha de nacimiento | |
| Domicilio (calle o plaza) | | | Núm. | Bloq. | Esc. |
| Código Postal | | | Localidad | Provincia | |
| | | | | | |

2. DATOS DEL PERCEPTOR A EFECTOS DE LAS RETENCIONES DE IRPF A PRACTICAR

| | | |
|---|---|--|
| Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) | | |
| Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/> | Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/> | Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida <input type="checkbox"/> |

| Hijos y otros descendientes que conviven con el perceptor | Ascendientes mayores que conviven con el perceptor | |
|---|--|-------------------|
| Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros. | Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros. | |
| Año de nacimiento | Año de adopción o acogimiento (1) | Año de nacimiento |
| | | |
| | | |
| | | |
| (1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento. | | |

| | |
|--------------------------------|---|
| % de retención IRPF voluntario | A aplicar siempre que el % de retención a aplicar, según legislación vigente, sea inferior al voluntario. |
| | |

3. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

| | | |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| Nombre de la empresa | C.C.C. | Teléfono |
| | | |
| Asesoría / Gestoría | Teléfono Asesoría | Correo electrónico |
| | | |

4. DATOS DE LA PRESTACIÓN

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enf. común | <input type="checkbox"/> Acc. no laboral | <input type="checkbox"/> Enf. profesional | <input type="checkbox"/> Acc. Trabajo | Fecha de baja | |
| <input type="checkbox"/> Rég. Gral | <input type="checkbox"/> Cuenta propia | <input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena | <input type="checkbox"/> Rep. comercio | <input type="checkbox"/> Artistas y taurinos | <input type="checkbox"/> Rég. Mar <input type="checkbox"/> Hogar |
| Tipo de contrato | <input type="checkbox"/> Fijo | <input type="checkbox"/> Eventual | <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Pluriempleo |
| Sistema Agrario | ¿Ha prestado servicios el día de la baja médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Fecha última jornada real trabajada ____/____/____ | |
| ¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 180 días naturales anteriores a la actual? | | | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Y el proceso actual se debe a la misma enfermedad que el anterior? | | | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

*(Solo Autónomos/as)

| | |
|-----------------------------|---|
| Base cotización mínima | Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Tipo Base cotización Mínima | |

5. MOTIVO DEL PAGO (marcar con una x)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fin de la Relación Laboral | <input type="checkbox"/> Incumplimiento Empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66) |
| <input type="checkbox"/> Prórrogas | <input type="checkbox"/> Empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono IT. |
| <input type="checkbox"/> Trabajador fijo discontinuo | <input type="checkbox"/> Otros (indicar) _____ |

6. DATOS BANCARIOS (el solicitante declara ser titular de la cuenta)

| Código IBAN (pagos en territorio nacional) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|--|--|----------|--|--|------|-----------|--|--|--|--|--|
| CÓDIGO PAÍS | ENTIDAD | | | SUCURSAL | | | D.C. | Nº CUENTA | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

7. A QUIÉN PERTENECE

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|--|--|--|--|--|--|

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a **umivale Activa** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

MANIFIESTO mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos del historial clínico, custodiado por esta mutua o centros concertados, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario a disposición Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la OM 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro organismo que tuviera atribuida la competencia, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informáticamente.

| |
|------------------|
| Sello de entrada |
|------------------|

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma del solicitante

* Criterios de conformidad a la Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, publicada en el BOE del 4 de noviembre, por la que se dictaban instrucciones para la compensación de los gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas, desarrollando lo que establece la Orden TIN / 971/2009, de 16 de abril (BOE del 21), por la se establece esta compensación de gastos de transporte en los casos anteriores.

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.