

DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ N.I.E. D.N.I.

FECHA NACIMIENTO: _____ TELÉFONO (FIJO): _____ TELÉFONO (MÓVIL): _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN: _____ Nº: _____ BLOQUE: _____ ESC.: _____ PISO: _____ PTA.: _____

POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DATOS LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL

N.A.F.: _____ Régimen de la SS al que pertenece el trabajador:

R. General S.E. Artistas y Toreros

R.E. del mar S.E. Representante de comercio

R.E. minería y Carbón S.E. Empleados de hogar

S.E. Agrario por cuenta ajena

Otro _____

Tipo de Contrato: Eventual Fijo discontinuo Fijo o indefinido

Tipo de Jornada: Tiempo parcial Coef.: _____ Tiempo completo

DATOS DE LA PRESTACIÓN

FECHA BAJA MÉDICA: _____ Contingencia profesional: Accidente de trabajo Enfermedad profesional

Contingencia común: Enfermedad Común Accidente no Laboral

¿Ha tenido algún otro proceso de Incapacidad Temporal durante los 6 meses anteriores a la baja médica actual?: Sí No

DATOS BANCARIOS Y FISCALES

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA: _____ TITULAR DE LA CUENTA: _____

CÓDIGO IBAN: _____ ENTIDAD: _____ SUCURSAL: _____ D.C.: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

Si desea que se le aplique un tipo de retención superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo a continuación:
Tipo voluntario de retención por IRPF _____ %

MOTIVO DE LA SOLICITUD

- Incumplimiento empresarial de la obligación de pago delegado (art. 19 de la O.M. de 25/11/66)
- Extinción de la relación laboral durante la situación de incapacidad temporal:
- Despido Fallecimiento del empresario Suspensión temporal de contrato (ERE)
- Baja Voluntaria Jubilación del empresario Resolución judicial, administrativa o acto firme
- Extinción recogida en contrato Invalidez del empresario Extinción del empresario como persona jurídica
- Alta médica por propuesta de Incapacidad Permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez
- Baja médica de duración superior a 12 meses con Resolución del INSS de Prórroga de IT o inicio de expediente de IP
- Agotamiento del plazo máximo de la prestación económica por IT en pago delegado
- Entidades u organismos excluidos del pago delegado
- Empresa de menos de diez trabajadores y mas de seis meses consecutivos de abono de IT en Pago Delegado (art. 16.2 de la Orden Ministerial de 25/11/66, BOE del 7/12/66)
- Artistas, toreros y representantes de comercio
- Empleados de hogar
- Trabajadores agrarios
- Trabajadores Fijos-Discontinuos: fin de campaña. Indicar la fecha de inicio de la próxima campaña: _____

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL:	C.C.C.:				
DIRECCIÓN:	Nº:	BLOQUE:	ESC.:	PISO:	PTA.:
POBLACIÓN:	PROVINCIA:			CÓDIGO POSTAL:	
Pluriempleo:	RAZÓN SOCIAL:		C.C.C.:		
<input type="checkbox"/> Trabajo en otra empresa:					

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 Fraternidad-Muprespa 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 mejor resolución.

SOLICITO información del estado de la tramitación a través de SMS

Para poder recibir información del estado de su tramitación a través de SMS debe de tener informado correctamente el número de teléfono de su móvil.

TELÉFONO (MÓVIL):

En: _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD (*)

- Fotocopia de DNI, NIE o Pasaporte del beneficiario (en caso de que la solicitud la presentara una persona distinta del beneficiario: autorización del mismo y fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte de la persona autorizada).
- Modelo "IRPF Retenciones sobre rendimientos del trabajo" cumplimentado y firmado.
- Certificado de empresa o copia de la nómina que acredite la base de cotización del mes previo a la baja médica.
- En caso de baja por **Contingencia Común**:
- Fotocopia del parte médico de baja, del último parte de confirmación y del parte médico de alta (si le ha sido emitido).

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL (*)

Extinción de la relación laboral:

- Copia del contrato de trabajo vigente en el momento de la baja médica. Declaración de hijos a cargo.

Documento/s que acrediten la extinción de la relación laboral. Puede ser cualquiera de los siguientes documentos:

- Carta de despido. Acta de conciliación ante el CMAC.
- TA/2 de baja en la empresa. Resolución ERE y relación de afectados.

En caso de **baja por Contingencia Común** también deberá aportar los documentos necesarios para acreditar los 180 últimos días cotizados previos a la fecha de extinción de la relación laboral. Estos documentos pueden ser cualesquiera de los siguientes:

- Certificado/s de empresa/s con las bases de cotización, hasta acreditar 180 días de cotización.
- Certificado de bases emitido por la TGSS que acredite los 180 últimos días cotizados.
- Copia de las nóminas que acrediten los 180 últimos días cotizados.
- Copia de los modelos TC/2 que acrediten los 180 últimos días cotizados.

Incumplimiento empresarial de la obligación de pago delegado:

- Copia de la denuncia interpuesta ante la Inspección de trabajo.

Trabajador Fijo-Discontinuo:

- Copia del contrato de trabajo en el que se detallen los periodos de actividad (campañas) en los que es llamado a trabajar.

Artistas o Toreros:

- Declaración de actividades (TC 4/6) Justificante de actuaciones (TC 4/5)
- Certificado de bases emitido por la TGSS en el que se acrediten las cotizaciones del último año.

Representante de Comercio:

- Justificantes de los boletines de cotización de los 3 últimos meses anteriores a la baja médica.

Trabajadores por cuenta ajena del sistema especial agrario:

- Certificado cumplimentado por la empresa del mes previo a la baja médica (TC 2/8).
- Certificado de la TGSS de estar al corriente de pago de los periodos de inactividad.

Baja médica de duración superior a 12 meses con Resolución del INSS de Prórroga de IT o inicio de expediente de IP.

- Copia de la resolución del INSS indicando la Prórroga de IT o el inicio del expediente de IP.

En supuestos de pago directo por motivo distinto a los expuestos, consultar al gestor de su expediente la documentación adicional a aportar.

(*) Nota: El personal de Fraternidad-Muprespa se reserva el derecho de solicitar documentación adicional en caso de considerar necesario.

FRATERNIDAD-MUPRESPA INFORMA:

La prestación económica de IT se abonará, mediante transferencia bancaria, quincenalmente a excepción de las prórrogas de IT que se abonarán mensualmente.

En contingencia común el período cubierto por cada pago se corresponderá con la fecha del último parte de confirmación presentado antes de los días 11 y 24.

Para más información sobre el pago directo de la prestación de IT contacte con el gestor de su expediente o visite nuestra Web: www.fraternidad.com.

Los datos facilitados por usted, de cumplimentación obligatoria, se incorporarán a un fichero, destinado a gestionar sus prestaciones económicas y/o sanitarias. El destinatario y responsable del fichero es Fraternidad-Muprespa (Avda. Severo Ochoa 34 28.100 Alcobendas Madrid). Podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación dirigiéndose a la dirección citada.

A rellenar por Fraternidad-Muprespa - Nº de Expediente: _____ - Fecha de entrada: _____