

DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

1º APELLIDO: \_\_\_\_\_ 2º APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  Hombre  
 Mujer  
 N.I.E.  D.N.I. FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO (FIJO): \_\_\_\_\_ TELÉFONO (MÓVIL): \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bloque: \_\_\_\_\_ Escalera: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_  
 POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DATOS LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL

N.A.F. \_\_\_\_\_ Régimen de la SS al que pertenece el trabajador:  
 R.E. trabajadores autónomos [ Indique si está encuadrado en un sistema especial ]  
 R.E. trabajadores del MAR  TRADE  
 Agrario cuenta propia

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

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 \_\_\_\_\_ %

**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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante

En: \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - http://www.fraternidad.com

Ref. FORM-37

FRATERNIDAD-MUPRESPA INFORMA:

La prestación económica de IT se abonará, mediante transferencia bancaria, quincenalmente a excepción de las prórogas 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.

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD

Ponemos en su conocimiento que según regula el Real Decreto 1273/2003 y la Ley 26/2014, para el trámite y reconocimiento del derecho a la Prestación por Incapacidad Temporal, deberá aportar la siguiente documentación:

**Documentación de identificación personal**

- Documento Nacional de Identidad (D.N.I./N.I.F.) o si es extranjero, Tarjeta de Residencia. Verifique también que tengamos su teléfono y domicilio actualizados.

**Documentos asociados a la baja (sólo para Contingencias Comunes)**

- Parte Médico de Baja.
- Último Parte de Confirmación emitido por Servicio Público de Salud.
- Parte Médico de Alta (*si ya le ha sido emitido*).

**Documentación relativa a la cotización**

- Justificantes de cotización de los 3 últimos meses anteriores a la Baja Médica.
- En caso de tener concedido algún Aplazamiento de Pago, resolución completa de la concesión y recibos del pago de los plazos.

**Formularios** (*disponibles en nuestras oficinas y en nuestro portal web*)

- **I.R.P.F.** Retenciones sobre rendimientos del trabajo.
- **Declaración de situación de actividad.** Excepto los cuenta propia agrarios y los trabajadores autónomos económicamente dependientes (TRADE).
- **Solicitud de Pago Directo (SPD)** por incapacidad temporal, trabajadores cuenta propia o autónomos.

Esta documentación deberá entregarla a la mayor brevedad en cualquiera de nuestras oficinas.

Le recordamos que la **“Declaración de situación de actividad”** debe ser presentada, según establece el Art. 12 R.D. 1273/2003 y la Res. 04-02-2004, en los 15 días siguientes a la baja médica y que la falta de presentación en dicho plazo podrá ser sancionado con la pérdida de un mes de prestación (Art. 24-1 de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social R.D.L. 5/2000).

Quedamos a su disposición en nuestros centros para cualquier aclaración o información que precise, o a través de nuestro portal web en la siguiente dirección <https://www.fraternidad.com/contactar>

## 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](http://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.