

## 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.:

 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 20\_\_

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 Tómeros:

- 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. El pago se realizará dentro de los 7 primeros días hábiles de cada mes y se referirá a todo el periodo devengado y confirmado hasta el último día del mes previo. Para más información sobre el pago directo de la prestación de IT contacte con el gestor de su expediente o visite nuestra web: [fraternidad.com](http://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. Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (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: \_\_\_\_\_