

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 20 _____

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. 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.

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. 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. 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.