

Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Registro de entrada en **MC MUTUAL**

Solicitud completa <input type="checkbox"/>	Referencia interna
Nombre y apellidos del tramitador:	
Correo electrónico del tramitador:	

1. Datos Personales (*)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación a la Seguridad Social ____/____/____	Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)		Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono fijo
Teléfono móvil	Correo electrónico	Nº de hijos a cargo

2. Datos de la prestación (*)

Fecha de baja médica ____/____/____	¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Causa de la baja médica	Régimen de la Seguridad Social
Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (AC) <input type="checkbox"/>
Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>
General <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>
Mar <input type="checkbox"/>	Carbón <input type="checkbox"/>
Colectivo/Sistema especial	
Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/>	Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/>
Artista <input type="checkbox"/>	Torero <input type="checkbox"/>
Empaquetado del tomate <input type="checkbox"/>	Hogar <input type="checkbox"/>
Representante comercio <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato	
Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Fijo-discontinuo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/>

3. Datos de la empresa (*)

Razón social	NIF	Código Cuenta Cotización ____/____/____
Domicilio	Código Postal	Localidad
		Provincia

4. Asesoría (*)

Razón social	NIF	Teléfono
Domicilio	Código Postal	Localidad
		Provincia

5. Datos bancarios del solicitante

Nombre de la entidad financiera (1)
Número IBAN (*)

(1) Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.

(1) Con el fin de garantizar el correcto ingreso de su prestación, por favor, asegúrese de que los datos de la cuenta bancaria son correctos.

Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

6. Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena) (*)

Referencia interna

Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas			
Extinción recogida en el contrato	<input type="checkbox"/>	Despido	<input type="checkbox"/>
Extinción del empresario por defunción, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Resolución judicial, administrativa o acto firme	<input type="checkbox"/>
Agotamiento del plazo máximo de Incapacidad Temporal	Más de 365 días	<input type="checkbox"/>	Más de 545 días <input type="checkbox"/>
Otras causas			
Disconformidad Alta INSS	<input type="checkbox"/>	Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado	<input type="checkbox"/>
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario	<input type="checkbox"/>	Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos, ERE, Excedencia,...)	<input type="checkbox"/>
Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo	<input type="checkbox"/>	Empresa de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado	<input type="checkbox"/>
Otros (Indicar) <input type="checkbox"/> _____		Jubilación Parcial	<input type="checkbox"/>

7. Otros datos

¿Quiere usted que se le aplique un tipo de IRPF superior al previsto según la normativa fiscal? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO							
*En caso afirmativo es obligatorio adjuntar cumplimentado y firmado el impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF."							
Datos de hijos menores de 26 años y mayores discapacitados y de menores acogidos que convivan con el solicitante (solamente para baja médica de Enfermedad Común y Accidente no laboral cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)							
Apellidos y nombre	DNI/NIE/ Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Estado civil	Incapacidad Sí / No	Trabaja Sí / No	Rentas año anterior (2)	Rentas año en curso (2)

(2) Para trabajadores por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para los trabajadores por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

Autorizo, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. NO AUTORIZO

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a **MC MUTUAL** cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados y,

Solicito, mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal

_____, _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante

Dicha autorización queda sujeta a que **MC MUTUAL** tenga desarrollada la comunicación vía telemática para las diferentes notificaciones a realizar. Aquellas comunicaciones que no puedan ser realizadas por vía telemática, se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante.

Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Registro de entrada en **MC MUTUAL**

Solicitud completa <input type="checkbox"/>	Referencia interna
Nombre y apellidos del tramitador:	
Correo electrónico del tramitador:	

1. Datos Personales (*)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación a la Seguridad Social ____/____/____	Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)		Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono fijo
Teléfono móvil	Correo electrónico	Nº de hijos a cargo

2. Datos de la prestación (*)

Fecha de baja médica ____/____/____	¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Causa de la baja médica	Régimen de la Seguridad Social				
Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (AC) <input type="checkbox"/>				
Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/>	Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>				
<table border="0"> <tr> <td>General <input type="checkbox"/></td> <td>Autónomo <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mar <input type="checkbox"/></td> <td>Carbón <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		General <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Carbón <input type="checkbox"/>
General <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>				
Mar <input type="checkbox"/>	Carbón <input type="checkbox"/>				
Colectivo/Sistema especial					
Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/>	Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/>				
Empaquetado del tomate <input type="checkbox"/>	Hogar <input type="checkbox"/>				
Artista <input type="checkbox"/>	Torero <input type="checkbox"/>				
Representante comercio <input type="checkbox"/>					
Tipo de contrato					
Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Fijo-discontinuo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/>				

3. Datos de la empresa (*)

Razón social	NIF	Código Cuenta Cotización ____/____/____
Domicilio	Código Postal	Localidad
		Provincia

4. Asesoría (*)

Razón social	NIF	Teléfono
Domicilio	Código Postal	Localidad
		Provincia

5. Datos bancarios del solicitante

Nombre de la entidad financiera (1)
Número IBAN (*)

(1) Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.

(1) Con el fin de garantizar el correcto ingreso de su prestación, por favor, asegúrese de que los datos de la cuenta bancaria son correctos.

Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Referencia interna

6. Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena) (*)

Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas			
Extinción recogida en el contrato	<input type="checkbox"/>	Despido	<input type="checkbox"/>
Extinción del empresario por defunción, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Resolución judicial, administrativa o acto firme	<input type="checkbox"/>
Agotamiento del plazo máximo de Incapacidad Temporal	Más de 365 días	<input type="checkbox"/>	Más de 545 días <input type="checkbox"/>
Otras causas			
Disconformidad Alta INSS	<input type="checkbox"/>	Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado	<input type="checkbox"/>
Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario	<input type="checkbox"/>	Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos, ERE, Excedencia,...)	<input type="checkbox"/>
Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo	<input type="checkbox"/>	Empresa de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado	<input type="checkbox"/>
Otros (Indicar) <input type="checkbox"/>	_____		Jubilación Parcial <input type="checkbox"/>

7. Otros datos

¿Quiere usted que se le aplique un tipo de IRPF superior al previsto según la normativa fiscal? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO							
*En caso afirmativo es obligatorio adjuntar cumplimentado y firmado el impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF."							
Datos de hijos menores de 26 años y mayores discapacitados y de menores acogidos que convivan con el solicitante (solamente para baja médica de Enfermedad Común y Accidente no laboral cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)							
Apellidos y nombre	DNI/NIE/ Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Estado civil	Incapacidad Sí / No	Trabaja Sí / No	Rentas año anterior (2)	Rentas año en curso (2)

(2) Para trabajadores por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para los trabajadores por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

Autorizo, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. NO AUTORIZO

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a **MC MUTUAL** cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados y,

Solicito, mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal

_____, _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante

Dicha autorización queda sujeta a que **MC MUTUAL** tenga desarrollada la comunicación vía telemática para las diferentes notificaciones a realizar. Aquellas comunicaciones que no puedan ser realizadas por vía telemática, se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante.

DOCUMENTOS A PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

I. Para todas las solicitudes

- 1. Copia del DNI/NIE/Pasaporte, en vigor.
- 2. Original debidamente cumplimentado del Modelo “IRPF Retenciones sobre rendimiento del trabajo” cumplimentado y firmado por el interesado. Modelo 145 (excepto en País Vasco y Navarra).

II. Para trabajadores por cuenta propia

- 1. Si la baja médica es por Enfermedad Común (EC) o Accidente Común (AC): Copia del parte médico de baja y, en su caso, parte de alta médica.
- 2. Copia del justificante de pago de su cotización del mes anterior al mes de la baja médica.
- 3. Original de la declaración de situación de actividad.
- 4. Si la causa de la baja médica es por **Accidente de Trabajo**: el parte de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta (www.delta.mtin.es) o en Catalunya a través de CONTA (www.conta.gencat.cat).
- 5. Si la causa de la baja médica es por **Enfermedad Profesional**: el formulario de datos de enfermedad profesional debe de estar tramitado.

III. Para trabajadores por cuenta ajena

- 1. Extinción de la relación laboral: Copia del Certificado de empresa de los 180 últimos días cotizados en su empresa o empresas anteriores. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema certific@2 del Servicio Público de Empleo.
Si en los certificados de empresa no constan los 180 últimos días cotizados: Informe de vida laboral e Informe de bases de cotización.
- 2. Jubilación parcial: Copia del Certificado de empresa específico para estos supuestos.
- 3. Resto de supuestos de pago directo: copia del Certificado de empresa que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja o los 3 meses anteriores para trabajadores fijos discontinuos o tiempo parcial. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema certific@2 del Servicio Público de Empleo.
- 4. Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario: Copia de la Denuncia (Acta de conciliación ante el Centro de Mediación y Arbitraje y Conciliación –CMAC-) o Copia de la Reclamación previa o demanda.
- 5. Expedientes de regulación de empleo (ERE): copia de la Resolución del ERE con la relación de afectados.
- 6. Representante de comercio: Copia del Certificado de empresa que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema certific@2 del Servicio Público de Empleo.
- 7. Artistas y profesionales taurinos: Copia del Certificado de TGSS acreditando las cotizaciones realizadas en los 12 meses anteriores a la fecha de la baja médica.
- 8. Agrarios por cuenta ajena:
 - a. Con carácter general: Copia del Certificado de empresa. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema certific@2 del Servicio Público de Empleo.
 - b. En el caso de cotización por jornadas reales, también original de la Declaración de situación de cotización en periodo de inactividad. Y, en caso de que cotice por inactividad, también copia de los justificantes de pago de las cotizaciones de los tres meses anteriores al mes de la baja médica.
- 9. Sistema especial del hogar: Si la baja médica es por Enfermedad Común (EC) o Accidente Común (AC): copia del parte médico de baja, y, en su caso, parte de alta médica. Certificado del empleador que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja o los 3 meses anteriores en caso de contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo.

IV. Otras situaciones

- 1. En el caso de haber cumplimentado el campo IRPF voluntario, deberá adjuntarse, a la presente solicitud, original debidamente cumplimentado y firmado del impreso “Solicitud/Finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF”.