



Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

Deben cubrirse todos os campos/apartados marcados cun asterisco (*)
 Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
 Os campos en cor laranxa son para cubrir por MC MUTUAL
 Los Campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Solicitud completa / Solicitud completa <input type="checkbox"/>	Referencia interna/ Referencia interna	Registro de entrada en MC MUTUAL Registro de entrada en MC MUTUAL
Nome de tramitador / Nombre y apellidos del tramitador:		
Email o tramitador / Correo electrónico del tramitador:		

1. Datos persoais (*) / Datos Personales (*)

Primeiro apelido / Primer apellido	Segundo apelido / Segundo apellido	Nome / Nombre	
NIF/NIE/pasaporte / NIF/NIE/Pasaporte	Nº afiliación á Seguridade Social Nº Afiliación a la Seguridad Social	Data de nacemento / Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____	
Enderezo de contacto (rúa/praza/escaleira/piso/porta...) / Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)			
Código postal / Código Postal	Localidade / Localidad	Provincia / Provincia	Teléfono fixo / Teléfono fijo
Teléfono móbil / Teléfono móvil	Correo electrónico / Correo electrónico	Número de fillos a cargo / Número de Hijos a cargo	

2. Datos da prestación (*) / Datos de la prestación (*)

Data de baixa médica / Fecha de baja médica ____ / ____ / ____	Estivo de baixa médica nos seis meses anteriores polo mesmo motivo? ¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? Si / Sí <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/>		
Causa da baixa médica / Causa de la baja médica	Réxime da Seguridade Social / Régimen de la Seguridad Social		
Doenza común / Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente non laboral / Accidente no Laboral (AC) <input type="checkbox"/>	Xeral / General <input type="checkbox"/>	Autónomo / Autónomo <input type="checkbox"/>
Doenza profesional / Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/>	Accidente de traballo / Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Mar / Mar <input type="checkbox"/>	Carbón / Carbón <input type="checkbox"/>
Colectivo/Sistema especial / Colectivo/Sistema especial			
Agrario conta propia / Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/>	Agrario conta allea / Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/>	Artista / Artista <input type="checkbox"/>	Toureiro / Torero <input type="checkbox"/>
Empaquetado do tomate / Empaquetado del tomate <input type="checkbox"/>	Fogar / Hogar <input type="checkbox"/>	Representante comercio / Representate comercio <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato / Tipo de contrato			
Fixo / Fijo <input type="checkbox"/>	Eventual / Eventual <input type="checkbox"/>	Fixo-discontinuo / Fijo-discontinuo <input type="checkbox"/>	Otros / Otros <input type="checkbox"/>
		Tempo completo / Tiempo completo <input type="checkbox"/>	Tempo parcial / Tiempo parcial <input type="checkbox"/>

3. Datos da empresa (*) / Datos de la empresa (*)

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

4. Asesoría (*) / Asesoría (*)

Razón social / Razón social	NIF / NIF	Teléfono / Teléfono	
Domicilio / Domicilio	Código postal / Código postal	Localidade / Localidad	Provincia / Provincia

5. Datos bancarios do solicitante / Datos bancarios del solicitante

Nome da entidade financeira / Nombre de la entidad financiera (1)															
Número IBAN (*)															

(1) Os pagamentos efectuaranse por transferencia bancaria. / Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.
 (1) Co fin de garantir o correcto ingreso da súa prestación, por favor, asegúrese de que os datos da conta bancaria son correctos. / Con el fin de garantizar el correcto ingreso de su prestación, por favor, asegúrese de que los datos de la cuenta bancaria son correctos.



Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

Deben cubrirse todos os campos/apartados marcados cun asterisco (*)
 Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
 Os campos en cor laranxa son para cubrir por MC MUTUAL
 Los Campos en color naranja son a complimentar por MC MUTUAL

Referencia interna /
 Referencia interna

6. Causa do pagamento directo (só para traballadores/as por conta allea) (*) / Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena) (*)

Extinción da relación laboral por algunha destas causas / Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas			
Extinción recollida no contrato		Despedimento	
Extinción recollida en el contrato	<input type="checkbox"/>	Despido	<input type="checkbox"/>
Extinción do empresario por defunción, xubilación ou invalidez		Baixa voluntaria na empresa	
Extinción del empresario por defunción, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Extinción do empresario como persoa xurídica		Resolución xudicial, administrativa ou acto firme	
Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Resolución judicial, administrativa o acto firme	<input type="checkbox"/>
Esgotamento do prazo máximo de incapacidade Temporal / Agotamiento del plazo máximo de Incapacidad Temporal	Máis de 365 días / Más de 365 días	<input type="checkbox"/>	Máis de 545 días / Más de 545 días
Outras causas / Otras causas			
Desconformidade alta INSS / Disconformidad Alta INSS	<input type="checkbox"/>	Traballadores/as excluídos/as de pagamento delegado Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado	<input type="checkbox"/>
Incumprimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario / Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario	<input type="checkbox"/>	Suspensión (traballadores/as fixos-discontinuos, ERE, excedencia,...) / Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos, ERE, Excedencia,...)	<input type="checkbox"/>
Recaída por accidente de traballo ou doenza profesional en situación de desemprego / Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo	<input type="checkbox"/>	Empresa de menos de dez traballadores/as e máis de seis meses consecutivos de aboamento da prestación en pagamento delegado / Empresa de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado	<input type="checkbox"/>
Outros (Indicar) / Otros (Indicar)	<input type="checkbox"/>	Xubilación Parcial / Jubilación Parcial	<input type="checkbox"/>

7. Outros datos / Otros datos

Quere vostede que se lle aplique un tipo de IRPF superior ao previsto segundo a normativa fiscal? / ¿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 <small>*En caso afirmativo es obligatorio achegar cumprimentado e asinado a impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retencions de IRPF." En caso afirmativo es obligatorio adjuntar cumprimentado y firmado el impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF."</small>							
Datos de fillos menores de 26 anos e maiores discapacitados e de menores acollidos que convivan co solicitante (soamente para baixa médica de Doenza común e Accidente non laboral cando causa pagamento directo por extinción da relación laboral)							
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 e nome Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte DNI/NIE/Pasaporte	Data de nacemento Fecha de nacimiento	Estado civil Estado civil	Incapacidade Incapacidad Si / Non Sí / No	Traballa Trabaja Si / Non Sí / No	Rendas ano anterior (2) Rentas año anterior (2)	Rendas ano en curso (2) Rentas año en curso (2)

(2) Para traballadores por conta allea e rendementos de capital e/ou outras rendas computarase o rendemento bruto. Para os traballadores por conta propia e actividades profesionais e empresariais computarase o rendemento neto. / (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 / Autorizo, mediante o presente documento a que a Mutua poida notificarme, vía telemática ao enderezo de correo electrónico que se detalla no apartado 1, actos relacionados co presente trámite / 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. NON AUTORIZO / NO AUTORIZO

Declaro / Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando, igualmente, que quedo informado/a da obriga de lle comunicar a **MC MUTUAL** calquera cambio que se poida producir nos datos declarados e / baixo mi responsabilidade, que son certos 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 / Solicito, mediante a sinatura deste impreso, que se tramite a miña petición de prestación por incapacidade temporal / mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal

_____, _____ de _____ de _____
 Sinatura do solicitante ou representante
 Firma del solicitante o representante

A devandita autorización queda suxeita a que **MC MUTUAL** teña desenvolvida a comunicación vía telemática para as diferentes notificacións que se queren realizar. Aquelas comunicacións que non poidan ser realizadas por vía telemática, efectuaranse por calquera medio que permita ter constancia da recepción por parte do interesado ou do seu 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

Información detallada sobre protección de datos - Responsable do tratamento: Mutua Midat Cyclops, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social, número 1 (MC MUTUAL). Finalidade e lexitimidade do tratamento: Cumprimento das actividades encomendadas como Entidade Colaboradora da Seguridade Social, en orde á tramitación da devandita solicitude, conforme á lexislación vixente. Sen estes datos non poderá realizarse a devandita tramitación. Destinatarios dos datos: Os datos non serán obxecto de cesión a terceiros alicios, salvo o suposto da remisión á Dirección Xeral de Ordenación da Seguridade Social da información esixida polo devandito Real decreto para a aprobación do incentivo ou, se é o caso, á Dirección Xeral da Inspección de Traballo e Seguridade Social para comprobar a información facilitada, ademais dos supostos de autorización expresa do interesado ou en virtude da aplicación dunha lei que o ampare. Prazo de conservación dos datos: O tempo necesario para cumprir coas obrigas e responsabilidades derivadas da actividade de colaboración na xestión da Seguridade Social. Exercicio de dereitos: Pode acceder, rectificar, opoñerse, suprimir os seus datos e exercer os seus demais dereitos mediante escrito dirixido a MC MUTUAL, con identificación previa, a avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, ou ao correo electrónico do Delegado de protección de datos: dpdatosmc@mc-mutual.com. Tamén ten dereito a presentar unha reclamación á Axencia Española de Protección de datos. Máis información: www.mc-mutual.com/protecciondedatos

Información detallada sobre protección de datos - Responsable del tratamiento: Mutua Midat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridade Social nº 1 (MC MUTUAL). Finalidade y legitimidad del tratamiento: Cumplimiento de las actividades encomendadas como Entidad Colaboradora con la Seguridade Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación. Destinatarios de los datos: Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridade Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación. Destinatarios de los datos: Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridade Social o, en su caso, a la Dirección General de Trabajo y Seguridade Social para comprobar la información facilitada, además de los supuestos de autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo ampare. Plazo de conservación de los datos: El tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridade Social. Ejercicio de derechos: Puede acceder, rectificar, oponerse, suprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a MC MUTUAL, previa identificación, a Avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, o al correo electrónico del Delegado de Protección de Datos, dpdatosmc@mc-mutual.com. También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos. Máis información: www.mc-mutual.com/protecciondedatos



Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

Deben cubrirse todos os campos/apartados marcados cun asterisco (*)
 Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
 Os campos en cor laranxa son para cubrir por MC MUTUAL
 Los Campos en color naranja son a complimentar por MC MUTUAL

Solicitud completa / Solicitud completa <input type="checkbox"/>		Referencia interna/ Referencia interna		Registro de entrada en MC MUTUAL Registro de entrada en MC MUTUAL	
Nome de tramitador / Nombre y apellidos del tramitador:					
Email o tramitador / Correo electrónico del tramitador:					
1. Datos persoais (*) / Datos Personales (*)					
Primeiro apelido / Primer apellido		Segundo apelido / Segundo apellido		Nome / Nombre	
NIF/NIE/pasaporte / NIF/NIE/Pasaporte		Nº afiliación á Seguridade Social Nº Afiliación a la Seguridad Social		Data de nacemento / Fecha de nacimiento	
Enderezo de contacto (rúa/praza/escaleira/piso/porta...) / Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)					
Código postal / Código Postal		Localidade / Localidad		Provincia / Provincia	
Teléfono móbil / Teléfono móvil		Correo electrónico / Correo electrónico		Número de fillos a cargo / Número de Hijos a cargo	

2. Datos da prestación (*) / Datos de la prestación (*)

Data de baixa médica / Fecha de baja médica		Estivo de baixa médica nos seis meses anteriores polo mesmo motivo? ¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo?			
_____ / _____ / _____		Si / Sí <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/>			
Causa da baixa médica / Causa de la baja médica			Régime da Seguridade Social / Régimen de la Seguridad Social		
Doenza común / Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>		Accidente non laboral / Accidente no Laboral (AC) <input type="checkbox"/>		Xeral / General <input type="checkbox"/> Autónomo / Autónomo <input type="checkbox"/>	
Doenza profesional Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/>		Accidente de traballo / Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>		Mar / Mar <input type="checkbox"/> Carbón / Carbón <input type="checkbox"/>	
Colectivo/Sistema especial / Colectivo/Sistema especial					
Agrario conta propia Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/>		Agrario conta allea Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/>		Artista Artista <input type="checkbox"/> Toureiro Torero <input type="checkbox"/>	
Empaquetado do tomate Empaquetado del tomate <input type="checkbox"/>		Fogar Hogar <input type="checkbox"/>		Representante comercio Representate comercio <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato / Tipo de contrato					
Fixo Fijo <input type="checkbox"/>		Eventual Eventual <input type="checkbox"/>		Tempo completo Tiempo completo <input type="checkbox"/>	
Fixo-discontinuo Fijo-discontinuo <input type="checkbox"/>		Outros Otros <input type="checkbox"/>		Tempo parcial Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	

3. Datos da empresa (*) / Datos de la empresa (*)

Razón social / Razón social		NIF / NIF		Código Conta Cotización / Código Cuenta Cotización	
Domicilio / Domicilio		Código postal Código Postal		Localidade / Localidad Provincia / Provincia	

4. Asesoría (*) / Asesoría (*)

Razón social / Razón social		NIF / NIF		Teléfono / Teléfono	
Domicilio / Domicilio		Código postal Código postal		Localidade / Localidad Provincia / Provincia	

5. Datos bancarios do solicitante / Datos bancarios del solicitante

Nome da entidade financeira / Nombre de la entidad financiera (1)					
Número IBAN (*)					

(1) Os pagamentos efectuaranse por transferencia bancaria. / Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.

(1) Co fin de garantir o correcto ingreso da súa prestación, por favor, asegúrese de que os datos da conta bancaria son correctos. / Con el fin de garantizar el correcto ingreso de su prestación, por favor, asegúrese de que los datos de la cuenta bancaria son correctos.



Solicitud de pagamento directo por incapacidade temporal

Solicitud de pago directo por incapacidade temporal

Deben cubrirse todos os campos/apartados marcados cun asterisco (*)
 Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (*)
 Os campos en cor laranxa son para cubrir por MC MUTUAL
 Los Campos en color naranja son a complimentar por MC MUTUAL

Referencia interna /
 Referencia interna

6. Causa do pagamento directo (só para traballadores/as por conta allea) (*) / Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena) (*)

Extinción da relación laboral por algunha destas causas / Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas			
Extinción recollida no contrato		Despedimento	
Extinción recogida en el contrato	<input type="checkbox"/>	Despido	<input type="checkbox"/>
Extinción do empresario por defunción, xubilación ou invalidez		Baixa voluntaria na empresa	
Extinción del empresario por defunción, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Extinción do empresario como persoa xurídica		Resolución xudicial, administrativa ou acto firme	
Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Resolución judicial, administrativa o acto firme	<input type="checkbox"/>
Esgotamento do prazo máximo de incapacidade Temporal / Agotamiento del plazo máximo de Incapacidad Temporal	Máis de 365 días / Más de 365 días	<input type="checkbox"/>	Máis de 545 días / Más de 545 días <input type="checkbox"/>
Outras causas / Otras causas			
Desconformidade alta INSS / Disconformidad Alta INSS	<input type="checkbox"/>	Traballadores/as excluídos/as de pagamento delegado Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado	<input type="checkbox"/>
Incumprimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario / Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario	<input type="checkbox"/>	Suspensión (traballadores/as fixos-discontinuos, ERE, excedencia,...) / Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos, ERE, Excedencia,...)	<input type="checkbox"/>
Recaída por accidente de traballo ou doenza profesional en situación de desemprego / Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo	<input type="checkbox"/>	Empresa de menos de dez traballadores/as e máis de seis meses consecutivos de aboamento da prestación en pagamento delegado / Empresa de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado	<input type="checkbox"/>
Outros (Indicar) / Otros (Indicar)	<input type="checkbox"/> _____	Xubilación Parcial / Jubilación Parcial	<input type="checkbox"/>

7. Outros datos / Otros datos

Quere vostede que se lle aplique un tipo de IRPF superior ao previsto segundo a normativa fiscal? / ¿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 <small>*En caso afirmativo é obrigatorio achegar cumprimentado e asinado a impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retencions de IRPF." En caso afirmativo es obligatorio adjuntar cumplimentado y firmado el impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF."</small>							
Datos de fillos menores de 26 anos e maiores discapacitados e de menores acollidos que convivan co solicitante (soamente para baixa médica de Doenza común e Accidente no laboral cando causa pagamento directo por extinción da relación laboral)							
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 DNI/NIE/Pasaporte	Data de nacemento Fecha de nacimiento	Estado civil Estado civil	Incapacidade Incapacidad Si / Non Sí / No	Traballa Trabaja Si / Non Sí / No	Rendas ano anterior (2) Rentas año anterior (2)	Rendas ano en curso (2) Rentas año en curso (2)

(2) Para traballadores por conta allea e rendementos de capital e/ou outras rendas computarase o rendimento bruto. Para os traballadores por conta propia e actividades profesionais e empresariais computarase o rendimento neto. / (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 / Autorizo, mediante o presente documento a que a Mutua poida notificarme, vía telemática ao enderezo de correo electrónico que se detalla no apartado 1, actos relacionados co presente trámite / 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. NON AUTORIZO / NO AUTORIZO

Declaro / Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente solicitude, manifestando, igualmente, que quedo informado/a da obriga de lle comunicar a **MC MUTUAL** calquera cambio que se poida producir nos datos declarados e / baixo mi responsabilidade, que son certos 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 / Solicito, mediante a sinatura deste impreso, que se tramite a miña petición de prestación por incapacidade temporal / mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal

_____, _____ de _____ de _____

Sinatura do solicitante ou representante
 Firma del solicitante o representante

A devandita autorización queda suxeita a que **MC MUTUAL** teña desenvolvida a comunicación vía telemática para as diferentes notificacións que se queren realizar. Aquelas comunicacións que non poidan ser realizadas por vía telemática, efectuaranse por calquera medio que permita ter constancia da recepción por parte do interesado ou do seu 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 QUE HAI QUE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUDE

DOCUMENTOS A PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

I. Para todas as solicitudes / Para todas las solicitudes

- 1. Copia do DNI/NIE/pasaporte, en vigor. / Copia del DNI/NIE/Pasaporte, en vigor.
- 2. Orixinal do modelo "IRPF Retencions sobre rendemento do traballo" debidamente cuberto e asinado polo interesado. Modelo 145 (agás en País Vasco e Navarra). / 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 traballadores por conta propia / Para trabajadores por cuenta propia

- 1. Se a baixa médica é por enfermidade común (EC) ou accidente común (AC): copia do parte médico de baixa e, se é o caso, parte de alta médica. / 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 do xustificante de pago da súa cotización do mes anterior ao mes da baixa médica/Copia del justificante de pago de su cotización del mes anterior al mes de la baja médica.
- 3. Orixinal da declaración de situación de actividade. / Original de la declaración de situación de actividad.
- 4. Se a causa da baixa médica é por **Accidente de traballo**: o parte de accidente de traballo ten que estar tramitado a través do sistema Delta (www.delta.mtin.es) ou en Cataluña a través de CONTA (www.conta.gencat.cat). / 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. Se a causa da baixa médica é por **Doenza profesional**: o formulario de datos de doenza profesional debe de estar tramitado. / Si la causa de la baja médica es por **Enfermedad Profesional**: el formulario de datos de enfermedad profesional debe de estar tramitado.

III. Para traballadores por conta allea / Para trabajadores por cuenta ajena

- 1. Extinción da relación laboral: copia do **certificado de empresa** dos 180 últimos días cotizados na súa empresa ou empresas anteriores. Tamén pode achegarse fotocopia da pegada dixital que outorga o sistema **certific@2** do Servizo Público de Empleo. Se nos certificados de empresa non constan os 180 últimos días cotizados: Informe de vida laboral e informe de bases de cotización / 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 fotocopia 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. Xubilación parcial: Copia do certificado de empresa específico para estes supostos. / Jubilación parcial: Copia del Certificado de empresa específico para estos supuestos.
- 3. Resto de supostos de pagamento directo: copia do **certificado de empresa** que acredite a base de cotización do mes anterior á baixa. Tamén pode achegarse copia da pegada dixital que outorga o sistema **certific@2** de Servizo Público de Empleo. / Resto de supuestos de pago directo: 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.
- 4. Incumplimento da obriga de pagamento delegado por parte do empresario: copia da denuncia (Acta de conciliación diante do Centro de Mediación e Arbitraje e Conciliación –CMAC-) ou copia da reclamación previa ou demanda. / 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 emprego (ERE): copia da resolución do ERE coa relación de afectados. / Expedientes de regulación de empleo (ERE): copia de la Resolución del ERE con la relación de afectados.
- 6. Representante de comercio: copia do certificado de empresa que acredite a base de cotización do mes anterior á baixa. Tamén pode achegarse unha copia da impresión dixital que outorga o sistema **certific@2** do Servizo Público de Empleo. / 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 e profesionais taurinos: copia do certificado da TXSS na que acredite as cotizacións realizadas na última anualidade. / Artistas y profesionales taurinos: copia del Certificado de TGSS acreditando las cotizaciones realizadas en la última anualidad
- 8. Agrarios por conta allea:
 - a. Con carácter xeral: copia do certificado de empresa. Tamén pode achegarse fotocopia da pegada dixital que outorga o sistema **certific@2** do Servizo Público de Empleo.
 - b. No caso de cotización por xornadas reais, tamén orixinal da Declaración de situación de cotización en período de inactividade. E, no caso de que cotice por inactividade, tamén copia dos xustificantes de pagamento das cotizacións dos tres meses anteriores ao mes da baixa médica.
- 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 do fogar: Se a baixa médica é por Doenza común (EC) ou Accidente común (AC): copia do parte médico de baixa e, se é o caso, parte de alta médica. Certificado do empregador que acredite a base de cotización do mes anterior á baixa ou os 3 meses anteriores en caso de contrato a tempo parcial ou fixo discontinuo. / 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. Outras situación / Otras situaciones

- 1. No caso de que cubrise o campo IRPF voluntario, deberá anexar, á presente solicitude, orixinal debidamente cuberto e asinado do impreso "Solicitud/Finalización de aplicación de tipo voluntario para os efectos de retencions do IRPF. / 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.

Para cubrir polo administrativo/a de MC MUTUAL
A cumplimentar por el administrativo/a de MC MUTUAL