

## 1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de nacimiento ____/____/____	Teléfono fijo		Teléfono móvil	Correo electrónico (a efectos de comunicación)*		Nº de Seguridad Social ____/____/____	
Tipo IRPF Voluntario	nº Hijos a cargo	Domicilio (calle/plaza/...)		Código Postal	Localidad	Provincia	

\* Campo obligatorio

## 2. Datos de la prestación

Nombre o razón social de la empresa			Código Cuenta Cotización de la empresa				
Régimen de Seguridad Social		Colectivo/Sistema especial					
General <input type="checkbox"/>		Representante de comercio <input type="checkbox"/>		Artista <input type="checkbox"/>	Torero <input type="checkbox"/>	Empaquetado Tomate <input type="checkbox"/>	
Autónomo <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Agrario Cuenta Propia <input type="checkbox"/>		Agrario Cuenta Ajena <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/>	
Tipo de contrato			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 baja: Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>							

## 3. 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"/>	Extinción del empresario por fallecimiento, jubilación o invalidez <input type="checkbox"/>
Despido <input type="checkbox"/>	Extinción del empresario como persona jurídica <input type="checkbox"/>
Resolución judicial, administrativa o acto firme <input type="checkbox"/>	Baja voluntaria en la empresa <input type="checkbox"/>
Agotamiento del plazo máximo de: 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/>	Disconformidad alta INSS <input type="checkbox"/>
Trabajador en situación de jubilación parcial <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"/>	
Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo <input type="checkbox"/>	
Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos o Excedencia voluntaria) <input type="checkbox"/>	
Empresas de menos de diez trabajadores/as y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado <input type="checkbox"/>	

## 4. Hijos/as a cargo (solamente para baja médica de EC-ANL cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

Apellidos y nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Incapacitado Sí/No	Trabaja Sí/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

## 5. Datos Bancarios

IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Solicitud Completa

Solicitud Incompleta, pendiente de:

Firma solicitante

DNI / NIE / Pasaporte	<input type="checkbox"/>
Certificado de empresa:	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones:	<input type="checkbox"/>
Declaración de situación de actividad	<input type="checkbox"/>
Modelo Fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Registro entrada

Con la firma de la presente solicitud, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos que consigno en la misma y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los datos en ella expresados, que pudieran producirse durante la percepción de la prestación de Incapacidad Temporal.

## Documentación necesaria

### I. Para todas las solicitudes

1. Fotocopia del DNI/ NIE/ Pasaporte
2. Modelo 145 (excepto en País Vasco y Navarra)

### II. Trabajadores por cuenta ajena



1. Si la baja médica es por contingencia común (EC/ANL), parte de baja médica y partes de confirmación posteriores al último presentado en su empresa.
2. Certificado de empresa según los casos:
  - 2.1 Si la causa del pago directo del apartado 3 de esta solicitud es por extinción de la relación laboral y la causa de su baja médica del apartado 2 es EC o ANL, certificado de empresa con los 180 últimos días cotizados en su empresa o empresas anteriores.
  - 2.2 Para el resto de supuestos de pago directo: certificado de empresa del mes anterior a la baja
  - 2.3 Representantes de comercio: justificante de pago de las cotizaciones a la Seguridad Social de los tres meses anteriores a su baja médica, así como certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social de estar al corriente.
  - 2.4 Artistas y profesionales taurinos: declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5), que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
  - 2.5 Agrarios cuenta Ajena: certificado de empresa del mes anterior a la baja, si la baja es por Enfermedad Comun certificado de los 12 meses anteriores al mes de la baja.
  - 2.6 Sistema Especial de Hogar: certificado del empleador o empleadores, del mes anterior a la baja médica.

### II. Trabajadores por cuenta propia

1. Partes médicos de baja y de confirmación.
2. Justificante de pago de sus cotizaciones de los dos últimos meses anteriores al mes de la baja médica.
3. Declaración de situación de actividad, según modelo entregado junto con esta solicitud.
4. Si la causa de la baja médica del apartado 2 de esta solicitud es AT, el parte de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta ([www.delta.mtin.es](http://www.delta.mtin.es) o en la Comunidad Autónoma de Cataluña también [cat365.net](http://cat365.net) de la AOC).
5. Si la causa de la baja médica del apartado 2 es EP, el formulario de datos a cumplimentar por el trabajador debe de estar tramitado.

## REVERSO DE LA COPIA PARA EL TRABAJADOR

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, Solimat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento. Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, C/ Berna, 1, 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos [lopd@solimat.com](mailto:lopd@solimat.com) o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.

En el caso de que no haya presentado toda la documentación que le hemos solicitado, dispone de un plazo de diez días para presentarla. Transcurrido dicho plazo, si no lo aporta, se le tendrá por desistido, de acuerdo con lo previsto en el art. 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. (B.O.E. 2 de octubre de 2015).