

1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo		Teléfono móvil	Correo electrónico		N.º de la Seguridad Social	
Tipo IRPF voluntario (superior al obligado según normativa fiscal)		N.º de hijos/hijas a cargo	Domicilio (calle, plaza...)		Código postal	Localidad	Provincia

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					
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Mar		<input type="checkbox"/> Representante de comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetado tomate <input type="checkbox"/> Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/> Empleado/a de hogar <input type="checkbox"/> Otro					
Tipo de contrato			Fecha de baja médica		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo?		
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Tiempo parcial					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Causa de baja: <input type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT)							
Si es trabajador/trabajadora del Régimen Especial Agrario, por cuenta ajena. ¿Ha prestado servicios el día de la baja médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Fecha de la última jornada realizada							

3. Causa del pago directo (solo para trabajadores/trabajadoras por cuenta ajena)

Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas		<input type="checkbox"/> Extinción del empresario/de la empresaria por fallecimiento, jubilación o invalidez <input type="checkbox"/> Extinción del empresario/de la empresaria como persona jurídica <input type="checkbox"/> Baja voluntaria en la empresa	
<input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Resolución judicial, administrativa o acto firme			
Agotamiento del plazo máximo de: <input type="checkbox"/> 365 días (art. 170) <input type="checkbox"/> 545 días <input type="checkbox"/> Disconformidad alta INSS			
<input type="checkbox"/> Trabajadores excluidos/trabajadoras excluidas de pago delegado <input type="checkbox"/> Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario/de la empresaria <input type="checkbox"/> Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo <input type="checkbox"/> Suspensión (trabajadores fijos discontinuos/trabajadoras fijas discontinuas o excedencia voluntaria) <input type="checkbox"/> Empresas de menos de diez trabajadores/trabajadoras y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado			

4. Hijos/hijas a cargo (solamente para baja médica de enfermedad común o accidente no laboral cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
-----------------	------------------	--------	-------------------

5. Datos bancarios.

IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria, 24 dígitos)					BIC (Código Internacional de Entidad Bancaria, 11 dígitos)		

Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.

El beneficiario/la beneficiaria efectúa declaración responsable expresa de ser titular de la cuenta bancaria indicada en el anterior apartado, en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada:

Firma:

6. Datos de la asesoría

Nombre de la asesoría	CIF de la asesoría	N.º RED
Persona de contacto	Correo electrónico	
Dirección	Teléfono	

Para el caso de haberse consignado en la solicitud persona o entidad autorizada para el uso del sistema RED (gestor, asesor, etc.) el/la solicitante presta su consentimiento para la cesión de los datos consignados y demás que se obtengan en la tramitación del expediente a dicho autorizado RED:

Firma consentimiento:

Solicitud completa

Solicitud incompleta, pendiente de:

Registro de entrada

DNI/NIE/Pasaporte	<input type="checkbox"/>
Certificado de empresa	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones	<input type="checkbox"/>
Declaración de situación de actividad por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
Modelo fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Contrato de trabajo	<input type="checkbox"/>
Parte de baja y/o confirmación	<input type="checkbox"/>
Parte de alta	<input type="checkbox"/>
Certificado de minusvalía	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Con la finalidad de agilizar la tramitación del pago de su prestación, confirme su SOLICITUD de recibir toda comunicación y/o notificación relacionada con la gestión de su expediente, a la dirección de correo electrónico indicado en el formulario de su solicitud.

Solicito que todas las comunicaciones y/o notificaciones relacionadas con mi expediente se realicen telemáticamente, mediante el uso del correo electrónico indicado.

Su opinión nos importa mucho y nos ayudará a mejorar. Marcando esta casilla contactaremos por teléfono, móvil o correo electrónico, con la finalidad de recabar su opinión sobre la gestión y trámites relacionados con la prestación económica solicitada a Unión de Mutuas.

El/la solicitante declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que consigna en la presente solicitud, manifestando que queda enterado/enterada de la obligación de comunicar a Unión de Mutuas cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

....., a de de

Firma solicitante:

1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte	
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			N.º de la Seguridad Social	
Tipo IRPF voluntario (superior al obligado según normativa fiscal)	N.º de hijos/hijas a cargo	Domicilio (calle, plaza...)		Código postal	Localidad	Provincia	

2. Datos de la prestación

Nombre o razón social de la empresa			Código cuenta cotización de la empresa				
Régimen de Seguridad Social <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Mar		Colectivo/sistema especial <input type="checkbox"/> Representante de comercio <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetado tomate <input type="checkbox"/> Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/> Empleado/a de hogar <input type="checkbox"/> Otro					
Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		Fecha de baja médica		¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Causa de baja: <input type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT)							
Si es trabajador/trabajadora del Régimen Especial Agrario, por cuenta ajena. ¿Ha prestado servicios el día de la baja médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la última jornada realizada							

3. Causa del pago directo (solo para trabajadores/trabajadoras por cuenta ajena)

Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas		<input type="checkbox"/> Extinción del empresario/de la empresaria por fallecimiento, jubilación o invalidez <input type="checkbox"/> Extinción del empresario/de la empresaria como persona jurídica <input type="checkbox"/> Baja voluntaria en la empresa					
<input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Resolución judicial, administrativa o acto firme							
Agotamiento del plazo máximo de:		<input type="checkbox"/> 365 días (art. 170) <input type="checkbox"/> 545 días <input type="checkbox"/> Disconformidad alta INSS					
<input type="checkbox"/> Trabajadores excluidos/trabajadoras excluidas de pago delegado <input type="checkbox"/> Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario/de la empresaria <input type="checkbox"/> Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo <input type="checkbox"/> Suspensión (trabajadores fijos discontinuos/trabajadoras fijas discontinuas o excedencia voluntaria) <input type="checkbox"/> Empresas de menos de diez trabajadores/trabajadoras y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado							

4. Hijos/hijas a cargo (solamente para baja médica de enfermedad común o accidente no laboral cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
-----------------	------------------	--------	-------------------

5. Datos bancarios.

IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria, 24 dígitos)					BIC (Código Internacional de Entidad Bancaria, 11 dígitos)		

Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.

El beneficiario efectúa Declaración Responsable Expresa, de ser titular de la cuenta bancaria indicada en el anterior apartado, en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada:

Firma:

6. Datos de la asesoría

Nombre de la asesoría	CIF de la asesoría	N.º RED
Persona de contacto	Correo electrónico	
Dirección	Teléfono	

Para el caso de haberse consignado en la solicitud persona o entidad autorizada para el uso del sistema RED (gestor, asesor, etc.) el/la solicitante presta su consentimiento para la cesión de los datos consignados y demás que se obtengan en la tramitación del expediente a dicho autorizado RED:

Firma consentimiento:

Solicitud completa

Solicitud incompleta, pendiente de:

DNI/NIE/Pasaporte	<input type="checkbox"/>
Certificado de empresa	<input type="checkbox"/>
Justificantes de cotizaciones	<input type="checkbox"/>
Declaración de situación de actividad por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
Modelo fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Contrato de trabajo	<input type="checkbox"/>
Parte de baja y/o confirmación	<input type="checkbox"/>
Parte de alta	<input type="checkbox"/>
Certificado de minusvalía	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Registro de entrada

Con la finalidad de agilizar la tramitación del pago de su prestación, confirme su SOLICITUD de recibir toda comunicación y/o notificación relacionada con la gestión de su expediente a la dirección de correo electrónico indicado en el formulario de su solicitud.

Solicito que todas las comunicaciones y/o notificaciones relacionadas con mi expediente, se realicen telemáticamente, mediante el uso del correo electrónico indicado.

Su opinión nos importa mucho y nos ayudará a mejorar. Marcando esta casilla contactaremos por teléfono, móvil o correo electrónico, con la finalidad de recabar su opinión sobre la gestión y trámites relacionados con la prestación económica solicitada a Unión de Mutuas

El/la solicitante declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que consigna en la presente solicitud, manifestando que queda enterado/enterada de la obligación de comunicar a Unión de Mutuas cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

....., a de de

Firma solicitante:

Documentación necesaria

I. Para todas las solicitudes

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

II. Trabajadores/trabajadoras 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.- Artistas y profesionales taurinos: certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social, acreditando la base reguladora de la incapacidad temporal.
 - 2.4.- En caso de pluriempleo aportar certificados de las otras empresas.
 - 2.5.- Empleados del hogar, cuando las obligaciones de cotización recaigan sobre el trabajador/la trabajadora: justificante de pago de cuotas de los últimos tres meses.
- 3.- Los datos de hijos/hijas menores de 26 años o mayores incapacitados y de los/las menores acogidos que convivan con la persona solicitante solo deben cumplimentarse si se ha producido la extinción del contrato de trabajo por contingencias comunes.

III. Trabajadores/trabajadoras por cuenta propia

- 1.- Partes médicos de baja y confirmación, si la baja es por contingencia común (EC/ANL).
- 2.- Justificante de pago de sus cotizaciones del mes anterior a 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 accidente de trabajo, el apartado de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta (www.delta.mtin.es o en la Comunidad Autónoma de Cataluña también 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/la trabajadora debe de estar tramitado.

Reverso de la copia para el trabajador/la trabajadora

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 se le tendrá por desistido/a, 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.