

1. Dades personals

Primer cognom		Segon cognom		Nom		NIF/NIE/Passaport	
Data de naixement	Telèfon fix		Telèfon mòbil	Correu electrònic			N. de la Seguretat Social
Tipus IRPF voluntari (superior a l'obligat segons normativa fiscal)		N. de fills/ filles a càrrec	Domicili (carrer, plaça...)		Codi postal	Localitat	Província

2. Dades de la prestació

Nom o raó social de l'empresa			Codi compte cotització de l'empresa				
Règim de Seguretat Social <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Agrari per compte d'altri <input type="checkbox"/> Autònom <input type="checkbox"/> Mar			Col·lectiu/sistema especial <input type="checkbox"/> Representant de comerç <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetat tomata <input type="checkbox"/> Agrari per compte propi <input type="checkbox"/> Empleat/da de la llar <input type="checkbox"/> Altre				
Tipus de contracte <input type="checkbox"/> Fix <input type="checkbox"/> Fix discontinu <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Temps parcial			Data de baixa mèdica		Heu estat de baixa mèdica en els sis mesos anteriors pel mateix motiu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Causa de baixa: <input type="checkbox"/> Malaltia comuna (MC) <input type="checkbox"/> Accident no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Malaltia professional (MP) <input type="checkbox"/> Accident de treball (AT)							
Si sou treballador/treballadora de el Règim Especial Agrari, per compte d'altri. Heu prestat serveis el dia de la baixa mèdica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Data de l'última jornada realitzada							

3. Causa del pagament directe (només per a treballadors/treballadores per compte d'altri)

Extinció de la relació laboral per alguna d'aquestes causes <input type="checkbox"/> Extinció arrellegada en el contracte <input type="checkbox"/> Extinció de l'empresari/l'empresària per defunció, jubilació o invalidesa <input type="checkbox"/> Acomiadament <input type="checkbox"/> Extinció de l'empresari/l'empresària com a persona jurídica <input type="checkbox"/> Resolució judicial, administrativa o acte ferm <input type="checkbox"/> Baixa voluntària en l'empresa		
Esgotament del termini màxim de: <input type="checkbox"/> 365 dies (art. 170) <input type="checkbox"/> 545 dies <input type="checkbox"/> Disconformitat alta INSS		
<input type="checkbox"/> Treballadors exclosos/ treballadores excloses de pagament delegat <input type="checkbox"/> Incompliment de l'obligació de pagament delegat per part de l'empresari/l'empresària <input type="checkbox"/> Recaiguda per accident de treball o malaltia professional en situació de desocupació <input type="checkbox"/> Suspensió (treballadors/treballadores fixos discontinus o excedència voluntària) <input type="checkbox"/> Empreses de menys de deu treballadors/es i més de sis mesos consecutius d'abonament de la prestació en pagament delegat		

4. Fills/Filles a càrrec (només per a baixa mèdica de malaltia comuna o accident no laboral quan causa pagament directe per extinció de la relació laboral)

Cognoms i nom	DNI/NIE/Passaport	Data de naixement	Estat civil	Incapacitat/da Sí/No	Treballa Sí/No	Rendes any anterior	Rendes any en curs

Primer cognom	Segon cognom	Nom	NIF/NIE/Passaport
---------------	--------------	-----	-------------------

5. Dades bancàries

IBAN (Codi Internacional de Compte Bancari, 24 dígitos)				BIC (Codi Internacional d'Entitat Bancària, 11 dígitos)			

Els pagaments s'efectuaran per transferència bancària.

El beneficiari efectua Declaració Responsable Expressa, de ser titular del compte bancari indicat en l'anterior apartat, en la qual demana li siga pagada la prestació econòmica sol·licitada:

Signatura:

6. Dades de l'assessoria

Nom de l'assessoria		CIF de l'assessoria		N.RED	
Persona de contacte			Correu electrònic		
Adreça				Telèfon	

Per al cas d'haver-se consignat en la sol·licitud persona o entitat autoritzada per a l'ús del Sistema RED (gestor, assessor, etc.), el/la sol·licitant presta el seu consentiment per a la cessió de les dades consignades i altres que s'obtinguen en la tramitació de l'expedient a eixe autoritzat RED:

Signatura consentiment:

Sol·licitud completa

Sol·licitud incompleta, pendent de:

Registre d'entrada

DNI/NIE/Passaport	<input type="checkbox"/>
Certificat d'empresa	<input type="checkbox"/>
Justificants de cotitzacions	<input type="checkbox"/>
Declaració de situació d'activitat per compte propi	<input type="checkbox"/>
Model fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Contracte de treball	<input type="checkbox"/>
Baixa mèdica o confirmació	<input type="checkbox"/>
Alta mèdica	<input type="checkbox"/>
Certificat de discapacitat	<input type="checkbox"/>
Altres	<input type="checkbox"/>

Amb la finalitat d'agilitar la tramitació del pagament de la vostra prestació, confirmeu la vostra SOL·LICITUD de rebre tota comunicació i/o notificació relacionada amb la gestió del vostre expedient a l'adreça de correu electrònic indicada en el formulari de la vostra sol·licitud.

Sol·licite que totes les comunicacions i/o notificacions relacionades amb el meu expedient, es realitzen telemàticament, mitjançant l'ús del correu electrònic indicat.

La vostra opinió ens importa molt i ens ajudarà a millorar. Marcant aquesta casella us contactarem per telèfon, mòbil o correu electrònic, amb la finalitat de recaptar la vostra opinió sobre la gestió i tràmits relacionats amb la prestació econòmica sol·licitada a Unió de Mutuas.

El/la sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, que són certes les dades que consigna en la present sol·licitud, manifestant que queda assabentat/assabentada de l'obligació de comunicar a Unió de Mutuas qualsevol variació d'aquestes que puga produir-se.

....., a de de

Signatura sol·licitant:

1. Dades personals

Primer cognom		Segon cognom		Nom		NIF/NIE/Passaport	
Data de naixement	Telèfon fix		Telèfon mòbil	Correu electrònic			N. de la Seguretat Social
Tipus IRPF voluntari (superior a l'obligat segons normativa fiscal)		N. de fills/filles a càrrec	Domicili (carrer, plaça...)		Codi postal	Localitat	Província

2. Dades de la prestació

Nom o raó social de l'empresa				Codi compte cotització de l'empresa			
Règim de Seguretat Social			Col·lectiu/sistema especial				
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Agrari per compte d'altri <input type="checkbox"/> Autònom <input type="checkbox"/> Mar			<input type="checkbox"/> Representant de comerç <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Torero <input type="checkbox"/> Empaquetat tomata <input type="checkbox"/> Agrari per compte propi <input type="checkbox"/> Empleat/da de la llar <input type="checkbox"/> Altre				
Tipus de contracte			Data de baixa mèdica		Heu estat de baixa mèdica en els sis mesos anteriors pel mateix motiu?		
<input type="checkbox"/> Fix <input type="checkbox"/> Fix discontinu <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Temps parcial					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Causa de baixa: <input type="checkbox"/> Malaltia comuna (MC) <input type="checkbox"/> Accident no laboral (ANL) <input type="checkbox"/> Malaltia professional (MP) <input type="checkbox"/> Accident de treball (AT)							
Si sou treballador/treballadora de el Règim Especial Agrari, per compte d'altri. Heu prestat serveis el dia de la baixa mèdica?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Data de l'última jornada realitzada							

3. Causa del pagament directe (només per a treballadors/treballadores per compte d'altri)

Extinció de la relació laboral per alguna d'aquestes causes		
<input type="checkbox"/> Extinció arrellegada en el contracte	<input type="checkbox"/> Extinció de l'empresari/l'empresària per defunció, jubilació o invalidesa	
<input type="checkbox"/> Acomiadament	<input type="checkbox"/> Extinció de l'empresari/l'empresària com a persona jurídica	
<input type="checkbox"/> Resolució judicial, administrativa o acte ferm	<input type="checkbox"/> Baixa voluntària en l'empresa	
Esgotament del termini màxim de: <input type="checkbox"/> 365 dies (art. 170) <input type="checkbox"/> 545 dies <input type="checkbox"/> Disconformitat alta INSS		
<input type="checkbox"/> Treballadors exclosos/treballadores excloses de pagament delegat <input type="checkbox"/> Incompliment de l'obligació de pagament delegat per part de l'empresari/l'empresària <input type="checkbox"/> Recaiguda per accident de treball o malaltia professional en situació de desocupació <input type="checkbox"/> Suspensió (treballadors/treballadores fixos discontinus o excedència voluntària) <input type="checkbox"/> Empreses de menys de deu treballadors/es i més de sis mesos consecutius d'abonament de la prestació en pagament delegat		

4. Fills/Filles a càrrec (només per a baixa mèdica de malaltia comuna o accident no laboral quan causa pagament directe per extinció de la relació laboral)

Cognoms i nom	DNI/NIE/Passaport	Data de naixement	Estat civil	Incapacitat/da Sí/No	Treballa Sí/No	Rendes any anterior	Rendes any en curs

Primer cognom	Segon cognom	Nom	NIF/NIE/Passaport
---------------	--------------	-----	-------------------

5. Dades bancàries

IBAN (Codi Internacional de Compte Bancari, 24 dígits)				BIC (Codi Internacional d'Entitat Bancària, 11 dígits)			

Els pagaments s'efectuaran per transferència bancària.

El beneficiari efectua Declaració Responsable Expressa, de ser titular del compte bancari indicat en l'anterior apartat, en la qual demana li siga pagada la prestació econòmica sol·licitada:

Signatura:

6. Dades de l'assessoria

Nom de l'assessoria		CIF de l'assessoria		N.RED	
Persona de contacte			Correu electrònic		
Adreça				Telèfon	

Per al cas d'haver-se consignat en la sol·licitud persona o entitat autoritzada per a l'ús del Sistema RED (gestor, assessor, etc.), el/la sol·licitant presta el seu consentiment per a la cessió de les dades consignades i altres que s'obtinguen en la tramitació de l'expedient a eixe autoritzat RED:

Signatura consentiment:

Sol·licitud completa

Sol·licitud incompleta, pendent de:

Registre d'entrada

DNI/NIE/Passaport	<input type="checkbox"/>
Certificat d'empresa	<input type="checkbox"/>
Justificants de cotitzacions	<input type="checkbox"/>
Declaració de situació d'activitat per compte propi	<input type="checkbox"/>
Model fiscal 145	<input type="checkbox"/>
Contracte de treball	<input type="checkbox"/>
Baixa mèdica o confirmació	<input type="checkbox"/>
Alta mèdica	<input type="checkbox"/>
Certificat de discapacitat	<input type="checkbox"/>
Altres	<input type="checkbox"/>

Amb la finalitat d'agilitar la tramitació del pagament de la vostra prestació, confirmeu la vostra SOL·LICITUD de rebre tota comunicació i/o notificació relacionada amb la gestió del vostre expedient a l'adreça de correu electrònic indicada en el formulari de la vostra sol·licitud.

Sol·licite que totes les comunicacions i/o notificacions relacionades amb el meu expedient, es realitzen telemàticament, mitjançant l'ús del correu electrònic indicat.

La vostra opinió ens importa molt i ens ajudarà a millorar. Marcant aquesta casella us contactarem per telèfon, mòbil o correu electrònic, amb la finalitat de recaptar la vostra opinió sobre la gestió i tràmits relacionats amb la prestació econòmica sol·licitada a Unió de Mutuas.

El/la sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, que són certes les dades que consigna en la present sol·licitud, manifestant que queda assabentat/assabentada de l'obligació de comunicar a Unió de Mutuas qualsevol variació d'aquestes que pugui produir-se.

....., a de de

Signatura sol·licitant:

Documentació necessària

I. Per a totes les sol·licituds

- 1.- Fotocòpia del DNI/NIE/Passaport
- 2.- Model 145 (excepte a País Basc i Navarra)

II. Treballadors/es per compte d'altri

- 1.- Si la baixa mèdica és per contingència comuna (MC/ANL), part de baixa mèdica i parts de confirmació posteriors a l'últim presentat en la seua empresa.
- 2.- Certificat d'empresa segons els casos:
 - 2.1.- Si la causa del pagament directe de l'apartat 3 d'aquesta sol·licitud és per extinció de la relació laboral i la causa de la vostra baixa mèdica de l'apartat 2 és MC o ANL, certificat d'empresa amb els 180 últims dies cotitzats en la vostra empresa o empreses anteriors.
 - 2.2.- Per a la resta de supòsits de pagament directe: certificat d'empresa del mes anterior a la baixa.
 - 2.3.- Artistes i professionals taurins: certificat de la Tresoreria General de la Seguretat Social, acreditant la base reguladora de la incapacitat temporal.
 - 2.4.- En cas de pluriocupació cal aportar certificats de les altres empreses.
 - 2.5.- Empleats de la llar, quan les obligacions de cotització recaiguen sobre el treballador/la treballadora: justificant de pagament de quotes dels últims tres mesos.
- 3.- Les dades de fills/es menors de 26 anys o majors incapacitats i dels/de les menors acollits/des que convisquen amb la persona sol·licitant només han d'emplenar-se si s'ha produït l'extinció del contracte de treball per contingències comunes.

III. Treballadors/es per compte propi

- 1.- Comunicats mèdics de baixa i confirmació, si la baixa és per contingència comuna (MC/ANL).
- 2.- Justificant de pagament de les vostres cotitzacions del mes anterior a la baixa mèdica.
- 3.- Declaració de situació d'activitat, segons model lliurat juntament amb aquesta sol·licitud.
- 4.- Si la causa de la baixa mèdica de l'apartat 2 d'aquesta sol·licitud és accident de treball, l'apartat d'accident de treball ha d'estar tramitat a través del sistema Delta (www.delta.mtin.es o en la Comunitat Autònoma de Catalunya també cat365.net de la AOC).
- 5.- Si la causa de la baixa mèdica de l'apartat 2 és MP, el formulari de dades a emplenar pel treballador/per la treballadora ha d'estar tramitat.

Revers de la còpia per al treballador/a la treballadora

En el cas que no haguéreu presentat tota la documentació que us hem sol·licitat, disposeu d'un termini de deu dies per a presentar-la. Transcorregut aquest termini se us tindrà per desistit/da, d'acord amb el previst en l'art. 68 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.