

PETICIÓN DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDADE TEMPORAL TRABALLADORES POR CONTA PROPIA E AUTÓNOMOS

MOI IMPORTANTE: A presentación perante a FREMAP do exemplar para a mutua da baixa médica fóra do prazo regulamentario de cinco días desde a súa expedición e da declaración de situación de actividade, adxunta a esta petición, despois do prazo regulamentario de quince días desde a baixa médica poderán supor a redución ou perda da prestación económica de incapacidade temporal.

D.N.I. / N.I.F.: N° de Afiliación
Apelidos e nome:
Data de nacemento: N° de Teléfono:
Correo electrónico:
Domicilio:
Localidade: Código Postal:
Banco IBAN:
Rúa e localidade da sucursal:
Data da baixa médica: Base de Cotización: €/mes.
Data da última alta no réxime especial:

DATOS FISCAIS

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable só se é superior ao que regulamentariamente proceda)

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, para os efectos de retención por IRPF desexa que se lle aplique:

Táboa xeral. Número de fillos Táboa de pensións Tipo Voluntario %
, de de

(Sinatura do traballador)

Nome do asesor laboral:

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR:

1. Fotocopia do DNI
2. Baixa médica e partes de confirmación, se son continxencias comúns.
3. Ao solicitar a prestación e posteriormente, con periodicidade semestral, boletín de cotización no réxime especial da persoa que substitúe o titular durante a baixa ou, se non existir, copia do xustificante de cotización, se o substituto é traballador por conta allea.
4. Cubrir na súa totalidade e subscribir a declaración que figura a seguir desta petición, que deberá ser renovada semestralmente.
5. Fotocopia dos boletíns de cotización dos últimos tres meses, incluído o do mes da baixa médica.
6. E o modelo 145 de situación para os efectos de IRPF debidamente cuberto. (Agás País Vasco e Navarra, supostos nos que, no seu lugar, debe achegarse fotocopia do libro de familia para acreditar a idade dos fillos)

De conformidade con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos de conformidad con lo que se establece en el Reglamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámosle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado Regulamento).

Do mesmo xeito informámosle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es.

Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

DECLARACIÓN DE SITUACION DA ACTIVIDADE

D./D.,

número de afiliación á Seguridade Social

con D.N.I.

y domicilio en

declara baixo a súa responsabilidade que:

É titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza

Si

Non⁽¹⁾

Que o referido establecemento ten o seu domicilio social en

Tel.: que a actividade económica, oficio ou profesión é a de

e que durante a situación de incapacidade temporal a actividade fica na seguinte situación:

1. Xestionado por:

a. Familiar:

D./D^a.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

Núm. Documento Nacional de Identidade

Código conta cotización da empresa

Parentesco

a. Empleado del establecimiento:

D./D^a.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

Núm. Documento Nacional de Identidade

Código conta cotización da empresa

b. Gestionado por otra persona:

D./D^a.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

Núm. Documento Nacional de Identidade

Código conta cotización da empresa

2. Cesamento temporal ou definitivo na actividade durante a situación de incapacidade temporal do titular do establecemento.

3. Ou pola contra, declara que está incluído no réxime especial de traballadores por conta propia ou autónomos en razón da actividade económica de

que ten o seu domicilio en

, tfno.

,

de

de

(1) Se marcar o recadro NON deberá cubrir o punto 3.

(Sinatura do traballador)