

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL
1. DATOS PERSONALES

Primer apellido						Segundo apellido					
Nombre				Teléfono		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE		Fecha de nacimiento	
Domicilio (calle o plaza)											
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal	Localidad					Provincia

2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

Nombre de la empresa							C.C.C.	Teléfono	
Dirección					Localidad			Código Postal	
Asesoría / Gestoría				Tel. Asesoría		e-mail			

3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> Enfermedad Común	<input type="checkbox"/> Accidente No laboral	<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	Fecha de baja	
<input type="checkbox"/> Régimen General	<input type="checkbox"/> Cuenta propia	<input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Representante Comercio	<input type="checkbox"/> Artistas y taurinos	<input type="checkbox"/> Régimen Mar

4. MOTIVO DEL PAGO

<input type="checkbox"/> Fin de Relación Laboral.	<input type="checkbox"/> Empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono de IT.
<input type="checkbox"/> Entidades u organismos excluidos de la obligación de pago delegado.	<input type="checkbox"/> Trabajador fijo discontinuo.
<input type="checkbox"/> Incumplimiento Empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66).	<input type="checkbox"/> Otros.
<input type="checkbox"/> Prórrogas.	

5. DATOS BANCARIOS

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

6. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)
--

7. A QUIÉN PERTENECE

<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
--	--	--	---	--

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

Firma del interesado

En _____, a _____ de _____ de _____