

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

### 1. DATOS PERSONALES

|                     |                  |  |
|---------------------|------------------|--|
| Primer apellido     | Segundo apellido | Nombre                                     |
| DNI/NIE/Pasaporte   |                  | Número de afiliación a la Seguridad Social |
| Fecha de nacimiento | Teléfono         | Email                                      |
| Dirección           |                  |  |
| Localidad           | Código Postal    | Provincia                                  |

### 2. DATOS DE LA EMPRESA/ASESORÍA

|                      |                   |          |
|----------------------|-------------------|----------|
| Nombre de la empresa | CCC               |          |
| Dirección            |                   |          |
| Código Postal        | Localidad         | Teléfono |
| Asesoría/Gestoría    | Teléfono Asesoría | Email    |

### 3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

|                  |  |
|------------------|--|
| Fecha de la baja |  |
|------------------|--|

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad común     | <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo   |
| <input type="checkbox"/> Accidente no laboral | <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Régimen general           | <input type="checkbox"/> Cuenta propia       |
| <input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena      | <input type="checkbox"/> Artistas y taurinos |
| <input type="checkbox"/> Representante de comercio | <input type="checkbox"/> Régimen del mar     |

### 4. MOTIVO DEL PAGO

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

## 5. DATOS BANCARIOS

| IBAN |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| E    | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 6. DATOS FISCALES

Completa la opción que aplique:

| Tipo voluntario de retención por IRPF<br><i>(No se aceptará un porcentaje menor al legal)</i>                  | %   |
|--|---|
| <b>Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se aplique:</b> |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tabla general. Número de hijos</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Tabla de pensionistas</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Tipo voluntario</b>  | <input type="checkbox"/> %                            |
| <b>Si su residencia fiscal está en el EXTRANJERO, marque una de las siguientes casillas:</b>                   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Residencia fiscal en Unión Europea, Islandia, Noruega o Liechtenstein</b>          |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Residencia fiscal fuera de la Unión Europea</b>                                    |   |

## 7. A QUIÉN PERTENECE

 Mutua Montañesa *Muy fácil*
  MAZ
   umivale
   Mutua navarra
   MUTUABALEAR
   egarsat

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.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

FIRMA

### **Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal.**

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7,  
CIF: G39008321  
Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.  
Delegado de Protección de Datos: [dpo@mutuamontanesa.es](mailto:dpo@mutuamontanesa.es)

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

**Conservación de los datos:** Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

**Base legal:** La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios:** Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

- Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias.
- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc.
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.
- Administraciones Públicas sanitarias.
- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo, no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

**Derechos:** Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email [dpo@mutuamontanesa.es](mailto:dpo@mutuamontanesa.es).

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>