

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.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia		e-mail			

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 Trabajo	Fecha 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"/> Jubilación parcial
<input type="checkbox"/> Prórrogas.	<input type="checkbox"/> Otros.

5. DATOS BANCARIOS

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA	Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)

Ponga especial atención a la hora de rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso. Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

6. DATOS FISCALES

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 _____