

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y AUTÓNOMOS

**MUY IMPORTANTE:** La presentación ante FREMAP del ejemplar para la mutua de la baja médica fuera del plazo reglamentario de tres días desde su expedición y de la declaración de situación de actividad, adjunta a esta solicitud, después del plazo reglamentario de quince días desde la baja médica podrán suponer la reducción o pérdida de la prestación económica de incapacidad temporal.

D.N.I. / N.I.F.: N° de Afiliación  
Apellidos y Nombre  
Fecha de Nacimiento: N° de Teléfono:  
Correo electrónico:  
Domicilio:  
Localidad: Código Postal:  
Banco IBAN:  
Calle y Localidad de la Sucursal:  
Fecha de la baja médica: Base de Cotización: €/mes.  
Fecha de la última alta en el Régimen Especial:

### DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general. Número de hijos	Tabla de pensiones	Tipo Voluntario	%
En	, a de	de	

(Firma del trabajador)

Nombre del Asesor Laboral:

**ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL:** Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

### DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE:

1. Fotocopia del D.N.I.
2. Baja médica y partes de confirmación, si se trata de contingencias comunes.
3. Al solicitar la prestación y posteriormente, con periodicidad semestral, boletín de cotización en el Régimen Especial de la persona que sustituye al titular durante la baja o, en su defecto, copia del justificante de cotización, si el sustituto es trabajador por cuenta ajena.
4. Cumplimentar en su totalidad y suscribir la declaración que figura a continuación de esta solicitud, que deberá renovarse semestralmente.
5. Fotocopia de los boletines de cotización de los últimos tres meses, incluido el del mes de la baja médica.
6. Y el modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado. (Excepto País Vasco y Navarra, supuestos en los que, en su lugar, debe acompañarse fotocopia del libro de familia para acreditar la edad de los hijos).

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, N° 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo N° 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pu-dieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de co-rreo electrónico: derechos\_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en [www.fremap.es](http://www.fremap.es). Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD**

D./Dña.,

con Nº de afiliación a la Seguridad Social

con D.N.I.

y domicilio en

**declara bajo su responsabilidad que:**

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:

Si

No<sup>(1)</sup>

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en

Y tfno.

que la actividad económica, oficio o profesión es la de

y que durante la situación de incapacidad temporal la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestionado por:

a. Familiar:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

Parentesco

a. Empleado del establecimiento:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

b. Gestionado por otra persona:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

2. Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal del titular del establecimiento.

3. por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de

que tiene su domicilio en

, tfno.

En

, a

de

de

(1) Si se marca la casilla NO deberá cumplimentar el punto 3.

(Firma del trabajador)