SELLO DE ENTRADA

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

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(*)			

(*) Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por **MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección** lopd@maz.es.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

☐ Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

2. DATOS DE LA EMPRESA – ASESORÍA

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

(*) Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

☐ Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

☐ Enfermedad Común ☐ Accidente no laboral ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente Trabajo Fecha Baja:_____

☐ Régimen General ☐ Cuenta propia ☐ Agrario cuenta ajena ☐ Representante Comercio ☐ Artistas y taurinos ☐ Régimen Mar

☐ Empleados de hogar

4. MOTIVO DEL PAGO

☐ Fin de relación laboral. ☐ Entidades u organismos excluidos de la obligación de pago delegado. ☐ Incumplimiento Empresarial (Art. 19 de la OM de 25/11/66). ☐ Prórrogas. ☐ Periodo desde la primera resolución del INSS de alta hasta la fecha de recepción de la resolución	☐ Empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono de IT. ☐ Finalización de campaña trabajador fijo discontinuo. ☐ Jubilación parcial ☐ Otros.

Apellidos y Nombre	DNI - NIE - Pasaporte

5. DATOS BANCARIOS

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA

Ponga especial atención a la hora de rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

6. DATOS FISCALES

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

7. A QUIÉN PERTENECE

☐ MAZ suma ☐ umivale suma ☐ Mutua navarra suma

☐ Mutua Montañesa suma ☐ MUTUA BALEAR suma ☐ egarsat suma

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 medicas necesarias para su resolución.

Firma del Interesado

En , a de de

Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

☐ Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.