

## 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 [lpd@maz.es](mailto:lpd@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 [lpd@maz.es](mailto:lpd@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

<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.

Apellidos y Nombre	DNI - NIE - Pasaporte
--------------------	-----------------------

## 5. DATOS BANCARIOS

## 6. DATOS FISCALES

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.

## 7. A QUIÉN PERTENECE



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 \_\_\_\_\_

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](mailto: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.