



## Comunicación de empresa: solicitud al INSS de cambio a Pago Directo de la prestación de Incapacidad Temporal (Empresa de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de baja de la persona trabajadora)<sup>(1)</sup>

Puede realizar este trámite en el Portal de Prestaciones de la Seguridad Social (<https://prestaciones.seg-social.es>), por correo ordinario con un ejemplar firmado, o presencialmente en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita en los teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en <https://inss.seg-social.es/cita>.

### 1. DATOS REFERIDOS A LA EMPRESA

#### 1.1 Datos empresa

Nombre o razón social					NIF-CIF	
Código cuenta cotización	Domicilio habitual: (calle, plaza ...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono			
Correo electrónico	Régimen de Seguridad Social					
Entidad responsable de contingencias comunes						
Entidad responsable de contingencias profesionales						
Nº de trabajadores/as (menos de diez)						
Pago delegado de la prestación de IT del trabajador/a (más de 6 meses ininterrumpidos), desde		hasta				

#### 1.2 Datos del empresario o representante de la empresa que solicita el cambio a pago directo del subsidio de incapacidad temporal de la persona trabajadora

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
Cargo que ocupa en la empresa:			

En calidad de: <sup>(2)</sup>

- Empresario individual (Autónomo)
- Administrador único
- Apoderado legal

## 2. DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA<sup>(3)</sup>

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAF/Número de la Seguridad Social		<input type="text"/>	
Tipo de contrato:	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Fijo discontinuo <input type="checkbox"/>
Fecha de baja médica:	<input type="text"/>	derivada de:	Enfermedad común <input type="checkbox"/>
			Accidente no laboral <input type="checkbox"/>
			Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>
			Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>

## SOLICITA

Que, comunicado en tiempo y forma y cumpliéndose los requisitos establecidos en la Orden de 25 de noviembre de 1966, por la que se regula la colaboración de las Empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social, esta empresa solicita el cese del pago delegado de la prestación de incapacidad temporal del trabajador/a arriba mencionado/a, y que el abono se realice mediante PAGO DIRECTO por parte del INSS a partir del día

## DECLARO

Que son ciertos los datos consignados en el presente documento y AUTORIZO a la Administración para que mis datos de identificación y los de las personas relacionadas en el mismo puedan ser consultados, cotejados y verificados, con garantía de confidencialidad en el caso de acceso informatizado a los mismos.

Firma

a  de  de 20

- (1) Las Empresas que empleen menos de diez trabajadores y lleven más de seis meses **consecutivos** pagando a alguno de ellos una prestación económica por incapacidad temporal, cualquiera que sea su causa, podrán trasladar en cualquier momento la obligación del pago directo de la misma al INSS o Mutua colaboradora por cuya delegación lo viniesen efectuando. El traslado de la indicada obligación deberá tener efecto coincidiendo con el comienzo de un mes natural y comunicarse a la Entidad correspondiente **con una antelación mínima de quince días** (art. 16.2 de la Orden de 25 de noviembre de 1966, por la que se regula la colaboración de las empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social).
- (2) Debe presentar la documentación original acreditativa del poder de representación de la empresa ostentado por la persona solicitante, así como DNI-NIE-pasaporte en vigor.
- (3) Recuerde entregar una copia de este documento con el registro de entrada a su trabajador/a, para que lo presente cuando solicite al INSS el pago directo de la prestación.