



Comunicació d'empresa: sol·licitud a l'INSS de canvi a Pagament Directe de la prestació d'Incapacitat Temporal (Empresa de menys de deu treballadors i més de sis mesos consecutius de baixa de la persona treballadora)⁽¹⁾

Pot realitzar aquest tràmit en el Portal de Prestacions de la Seguretat Social (<https://prestaciones.seg-social.es>), per correu ordinari amb un exemplar signat, o presencialment en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita en els telèfons 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en <https://inss.seg-social.es/cita>.

1. DADES REFERIDES A L'EMPRESA

1.1 Dades empresa

Nom o raó social						NIF-CIF		
Codi compte cotització	Domicili habitual: (carrer, plaça ...)			Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província		Telèfon				
Correu electrònic				Règim de Seguretat Social				
Entitat responsable de contingències comunes								
Entitat responsable de contingències professionals								
Núm. de treballadors/as (menys de deu)								
Pagament delegat de la prestació d'IT del treballador/a (més de 6 mesos ininterromputs), des de			fins a					

1.2 Dades de l'empresari o representant de l'empresa que sol·licita el canvi a pagament directe del subsidi d'incapacitat temporal de la persona treballadora

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI-NIE-Passaport
Càrrec que ocupa en l'empresa:			
En qualitat de: ⁽²⁾			
Empresari individual (Autònom)	<input type="checkbox"/>		
Administrador únic	<input type="checkbox"/>		
Apoderat legal	<input type="checkbox"/>		

2. DADES DE LA PERSONA TREBALLADORA⁽³⁾

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI-NIE-Passaport
NAF/Número de la Seguretat Social			
Tipus de contracte:	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps parcial <input type="checkbox"/>	Fix discontinu <input type="checkbox"/>
Data de baixa mèdica:		derivada de:	Malaltia comuna <input type="checkbox"/>
			Accident no laboral <input type="checkbox"/>
		Accident de treball <input type="checkbox"/>	Malaltia professional <input type="checkbox"/>

SOL·LICITA

Que, comunicat dins del termini i en la forma corresponent i complint-se els requisits establits en l'Orde de 25 de novembre de 1966, per la qual es regula la col·laboració de les Empreses en la gestió del Règim General de la Seguretat Social, esta empresa sol·licita el cessament del pagament delegat de la prestació d'incapacitat temporal del treballador/a esmentat/ada, i que l'abonament es realitze mitjançant **PAGAMENT DIRECTE** per part de l'INSS a partir del dia

DECLARO

Que són certs les dades consignades en el present document i **AUTORITZE** l'Administració perquè les meues dades d'identificació i els de les persones relacionades en el mateix puguen ser consultades, contrastades i verificades, amb garantia de confidencialitat en el cas d'accés informatitzats a estes dades.

Firma

a de/d' del 20

- (1) Les Empreses que ocupen menys de deu treballadors i porten més de sis mesos **consecutius** pagant a algun d'ells una prestació econòmica per incapacitat temporal, qualsevol que siga la seua causa, podran traslladar en qualsevol moment l'obligació del pagament directe de la mateixa a l'INSS o Mútua col·laboradora per la delegació de la qual el vingueren efectuant. El trasllat de la indicada obligació haurà de tindre efecte coincidint amb el començament d'un mes natural i comunicar-se a l'Entitat corresponent amb una antelació mínima de quinze dies (art. 16.2 de l'Orde de 25 de novembre de 1966, per la qual es regula la col·laboració de les empreses en la gestió del Règim General de la Seguretat Social).
- (2) Ha de presentar la documentació original acreditativa del poder de representació de l'empresa ostentat per la persona sol·licitant, així com DNI-NIE-passaport en vigor.
- (3) Recorde entregar una còpia d'este document amb el registre d'entrada al seu treballador/a, perquè el presente quan sol·licite a l'INSS el pagament directe de la prestació.