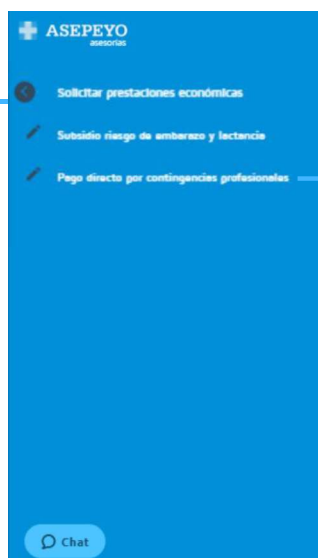
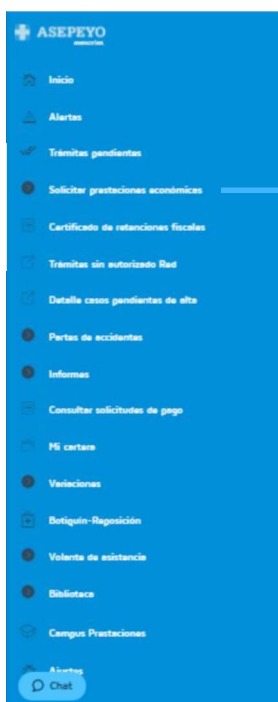





AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales







Pago directo por contingencias profesionales

EL asesor podrá solicitarlo para sus trabajadores autónomos, empleados del hogar y agrarios por cuenta propia, siempre y cuando estén de baja médica por CP o su fecha de alta sea anterior a 365 días.

Una vez seleccionado el trabajador, accede al formulario precargado.

Solicitud pago directo contingencia profesional

Datos del trabajador
Introduce alguno de estos datos de búsqueda

Primer apellido
GARCIA

Segundo apellido
Segundo apellido

Nombre
Nombre

DNI/NIE
DNI/NIE

BUSCAR

Trabajadores




<input type="radio"/>	GARCIA BLANCO, JOSU 44689159K	▼
<input checked="" type="radio"/>	GARCIA ASENSIO, MARIA CARMEN 4653666G	▼
<input type="radio"/>	GARCIA GARCIA, ABEL 07843732L	▼
<input type="radio"/>	GARCIA PINEDA, JOSE WILMER 79052320D	▼

Aceptar





Chat

Copyright Asapeyo 2017 Aviso Legal política de privacidad Información de Asapeyo Oficina Virtual

Una vez cumplimentado, tendrá que descargarlo para su firma.

Solicitud pago directo contingencia profesional

Omitir este paso

Si te has descargado previamente el formulario de la solicitud, puedes pasar al siguiente paso

Siguiente

Para tramitar la solicitud deberás anexas la siguiente documentación.
Te aconsejamos que la tengas preparada antes de cumplimentar el formulario de solicitud.

[Descarga del pack completo de documentación](#)

Datos personales

Primer apellido GARCIA	Segundo apellido ASENSIO	Nombre MARIA CARMEN	Email test0@test.com
Fecha nacimiento 18/10/1979	NAF 03-10154908-27	Tipo DNI	Número 485386865
Telefono móvil 619280222			

Via* Particular	Nombre de la vía pública* CASA	Número* 26666	Bloque Bloque	Escalera ---	Piso 2	Puerta 2	Código postal* 08014
Localidad* BARCELONA	Provincia* BARCELONA	País* España					

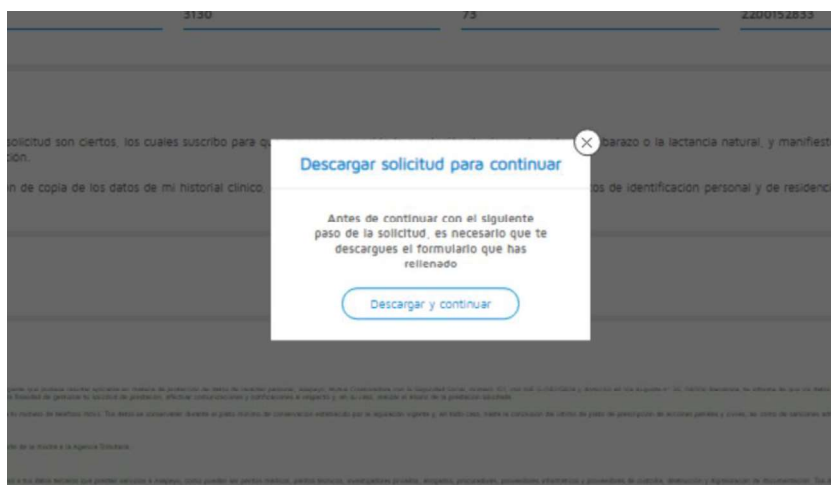
Datos de contacto del trabajador

Email* test0@test.com	Telefono móvil* 619280222
--------------------------	------------------------------

Chat

Copyright Asapeyo 2017 | [Aviso Legal](#) | [política de privacidad](#) | [Información de Asapeyo Oficina Virtual](#)

AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales



AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales

ASEPEYO

Questionario de solicitud
Pago directo de la prestación económica por incapacidad temporal

Datos personales del solicitante

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre: Email:

Fecha de nacimiento: NAF: Tipo: Número: Teléfono móvil:

Via: Nombre de la vía pública: Número: Bloque: Escalera: Puerta: Código Postal:

Localidad: Provincia: País:

Datos de contacto del solicitante

Email para las comunicaciones y envío la resolución: Teléfono móvil:

Tipo de contrato

☒ Fijo ☐ Eventual ☐ Fijo discontinuo ☐ A tiempo parcial

Datos de la prestación

Fecha de la baja:

Incapacidad temporal (IT) derivada de:

☒ Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Común ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente no Laboral

¿Ha tenido algún otro proceso de incapacidad temporal durante los 180 días anteriores al actual? ☐ Si ☒ No

¿Se trata de una recada? ☐ Si ☒ No

Si es trabajador del Sistema Especial Agrupado por cuenta ajena, ¿ha prestado servicios el día de la baja médica? ☐ Si ☒ No

Si es trabajador del Sistema Especial Agrupado por cuenta ajena, fecha de la última jornada realizada:

Datos de la empresa




Razón social: Código Cuenta Cotización: Régimen:

Domicilio: Código Postal:





Localidad: Provincia:

Deberá anexas el formulario y resto de documentación obligatoria; tendrá la opción de hacerlo individualmente o en pack.

Una vez cumplimentada y anexada la documentación, le daremos a botón **enviar**

Solicitud pago directo contingencia profesional

Documentación necesaria para anexar a la solicitud

Documentación obligatoria para todos los regímenes:

1. Formulario de la solicitud firmado (descargado en el paso anterior)
2. Documento de identidad (DNI-NIE) o pasaporte
3. Seguros o copia del documento de identidad, si tiene reconocido
4. Modelo 145 de declaración de datos al pagador (excepto País Vasco y Comunidad Foral de Navarra). Puedes obtener el modelo 145 para su cumplimentación aquí

Documentación obligatoria para Régimen General:

5. Documento acreditativo sobre la cobertura del mes anterior a la baja médica (o de los tres últimos meses en caso de contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo)
6. Certificado del Servicio Público de Empleo Estatal
7. Resolución del Expediente de Regulación Temporal de Empleo
8. Otra información (opcional)

Elige el tipo de envío de documentos que deseas realizar

Enviar toda la documentación en un archivo

1. Formulario de solicitud firmado

Ningún archivo seleccionado

Seleccionar archivo

Formato permitido: pdf, jpg, png, gif, doc, docx, / / https

2. Anexa un único documento con todos los documentos restantes

Ningún archivo seleccionado

Seleccionar archivo

Formato permitido: pdf, jpg, png, gif, doc, docx, / / https

Declaración responsable

Declaro, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, los cuales suscribo para que me sea reconocida la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, y manifiesto que estoy informada de la obligación de comunicar a esa Mutua cualquier variación que se pueda producir mientras esté percibiendo la prestación.

Manifiesto, mi consentimiento para la portación, consulta y obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Mutua, como también para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con las garantías de confidencialidad en el caso de acceso informático.

ANTERIOR

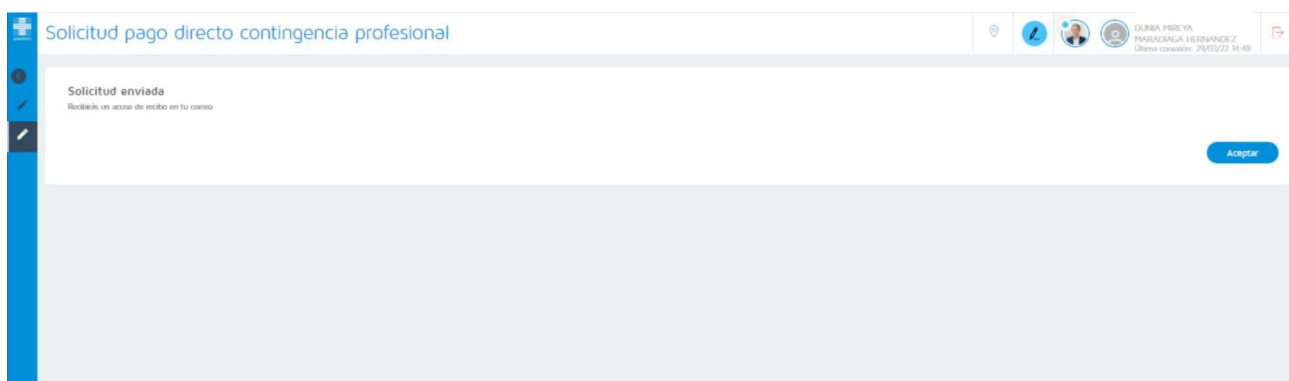
ENVIAR

Chat

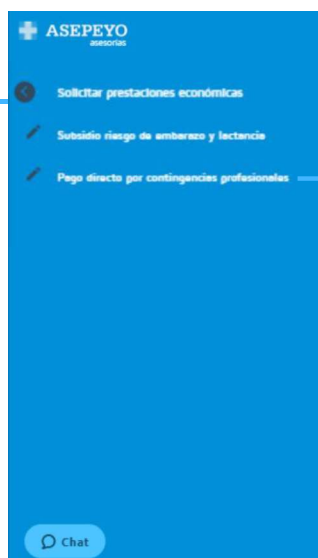
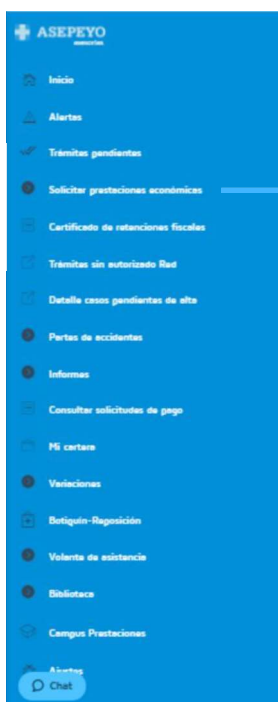
Copyright Asapeyo 2017 - Aviso Legal - política de privacidad - Información de Asapeyo Oficina Virtual

AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales

Una vez enviado, aparecerá un mensaje en la pantalla y se activarán los correspondientes emails de acuses de recibo, a la asesoría , al trabajador y al centro asistencial.






AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales







Pago directo por contingencias profesionales

EL asesor podrá solicitarlo para sus trabajadores autónomos, empleados del hogar y agrarios por cuenta propia, siempre y cuando estén de baja médica por CP o su fecha de alta sea anterior a 365 días.

Una vez seleccionado el trabajador, accede al formulario precargado.

Solicitud pago directo contingencia profesional

Datos del trabajador
Introduce alguno de estos datos de búsqueda

Primer apellido
GARCIA

Segundo apellido
Segundo apellido

Nombre
Nombre

DNI/NIE
DNI/NIE

BUSCAR


Trabajadores


☐
GARCIA BLANCO, JOSU
44689159K


☒
GARCIA ASENSIO, MARIA CARMEN
465166665


☐
GARCIA GARCIA, ABEL
07643732L

☐
GARCIA PINEDA, JOSE WILHER
79052320D












Aceptar





Chat

Copyright Asapeyo 2017 Aviso Legal política de privacidad Información de Asapeyo Oficina Virtual

Una vez cumplimentado, tendrá que descargarlo para su firma.

Solicitud pago directo contingencia profesional

Omitir este paso

Si te has descargado previamente el formulario de la solicitud, puedes pasar al siguiente paso

Siguiente

Para tramitar la solicitud deberás anexar la siguiente documentación.
Te aconsejamos que la tengas preparada antes de cumplimentar el formulario de solicitud.

[Descarga del pack completo de documentación](#)

Datos personales

Primer apellido GARCIA	Segundo apellido ASENSIO	Nombre MARIA CARMEN	Email test0@test.com
Fecha nacimiento 18/10/1979	NAF 03-10154908-27	Tipo DNI	Número 485386865
Teléfono móvil 619280222			

Via* Particular	Nombre de la vía pública* CASA	Número* 26666	Bloque Bloque	Escalera ---	Piso 2	Puerta 2	Código postal* 08014
--------------------	-----------------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------	-------------	-------------------------

Localidad* BARCELONA	Provincia* BARCELONA	País* España
-------------------------	-------------------------	-----------------

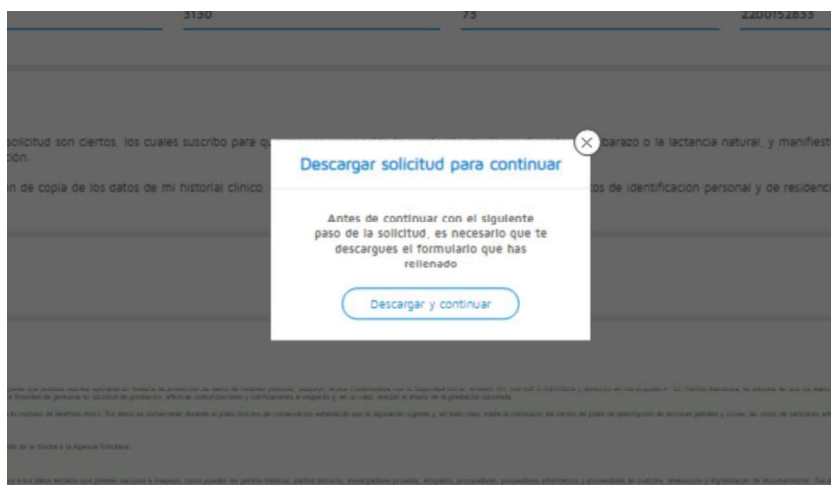
Datos de contacto del trabajador

Email* test0@test.com	Teléfono móvil* 619280222
--------------------------	------------------------------

Chat

Copyright Asapeyo 2017 | [Aviso Legal](#) | [política de privacidad](#) | [Información de Asapeyo Oficina Virtual](#)

AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales



AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales

ASEPEYO

Questionario de solicitud
Pago directo de la prestación económica por incapacidad temporal

Datos personales del solicitante

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre: Email:

Fecha de nacimiento: NAF: Tipo: Número: Teléfono móvil:

Via: Nombre de la vía pública: Número: Bloque: Escalera: Puerta: Código Postal:

Localidad: Provincia: País:

Datos de contacto del solicitante

Email para las comunicaciones y envío la resolución: Teléfono móvil:

Tipo de contrato

☒ Fijo ☐ Eventual ☐ Fijo discontinuo ☐ A tiempo parcial

Datos de la prestación

Fecha de la baja:

Incapacidad temporal (IT) derivada de:

☒ Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Común ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente no Laboral

¿Ha tenido algún otro proceso de incapacidad temporal durante los 180 días anteriores al actual? ☐ Si ☒ No

¿Se trata de una recada? ☐ Si ☒ No

Si es trabajador del Sistema Especial Agrupado por cuenta ajena, ¿ha prestado servicios el día de la baja médica? ☐ Si ☒ No

Si es trabajador del Sistema Especial Agrupado por cuenta ajena, fecha de la última jornada realizada:

Datos de la empresa




Razón social: Código Cuenta Cotización: Régimen:

Domicilio: Código Postal:





Localidad: Provincia:

Deberá anexas el formulario y resto de documentación obligatoria; tendrá la opción de hacerlo individualmente o en pack.

Una vez cumplimentada y anexada la documentación, le daremos a botón **enviar**

Solicitud pago directo contingencia profesional

Documentación necesaria para anexar a la solicitud

Documentación obligatoria para todos los regímenes:

1. Formulario de la solicitud firmado (descargado en el paso anterior)
2. Documento de identidad (DNI-NIE) o pasaporte
3. Seguros o copia del documento de identidad, si tiene reconocido
4. Modelo 145 de declaración de datos al pagador (excepto País Vasco y Comunidad Foral de Navarra). Puedes obtener el modelo 145 para su cumplimentación aquí

Documentación obligatoria para Régimen General:

5. Documento acreditativo sobre la cotización del mes anterior a la baja médica (o de los tres últimos meses en caso de contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo)
6. Certificado del Servicio Público de Empleo Estatal
7. Resolución del Expediente de Regulación Temporal de Empleo
8. Otra información (opcional)

Elige el tipo de envío de documentos que deseas realizar

Enviar toda la documentación en un archivo

1. Formulario de solicitud firmado
Ningún archivo seleccionado

Seleccionar archivo

2. Anexa un único documento con todos los documentos restantes
Ningún archivo seleccionado

Seleccionar archivo

Formato permitido: pdf, jpg, png, gif, doc, docx, xlsx, ppt

Declaración responsable

Declaro, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, los cuales suscribo para que me sea reconocida la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, y manifiesto que estoy informada de la obligación de comunicar a esa Mutua cualquier variación que se pueda producir mientras este percibiendo la prestación.

Manifiesto, mi consentimiento para la portación, consulta y obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Mutua, como también para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con las garantías de confidencialidad en el caso de acceso informático.

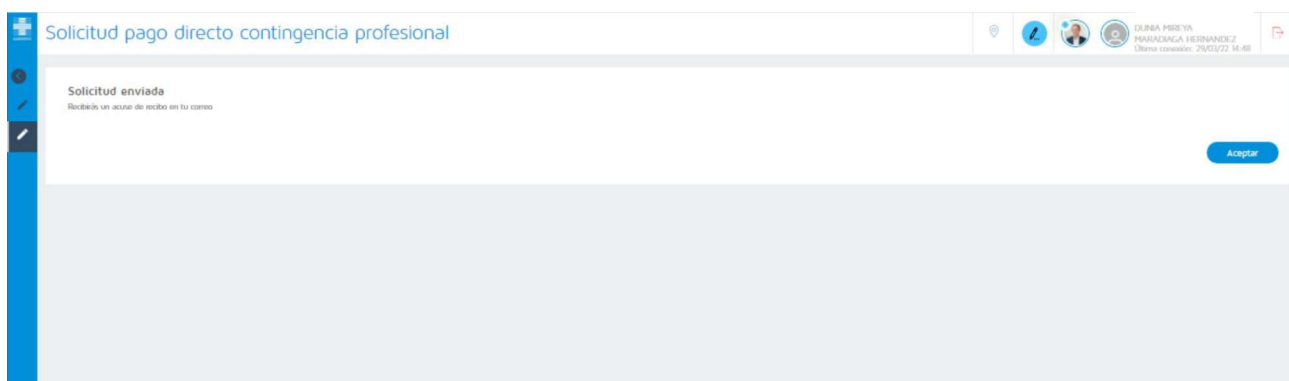
ANTERIOR

ENVIAR

Chat

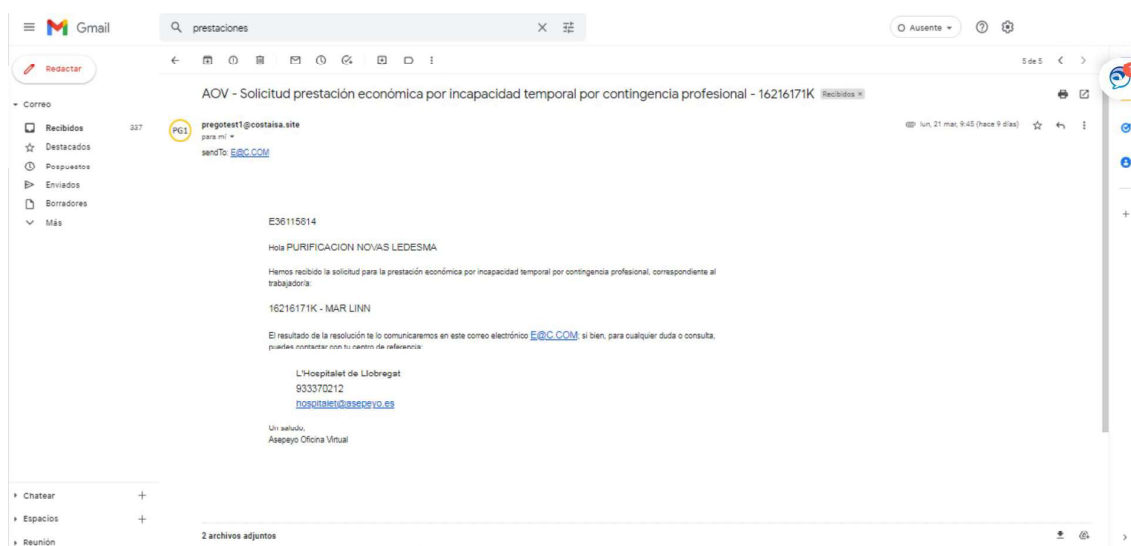
Copyright Asapeyo 2017 - Aviso Legal - política de privacidad - Información de Asapeyo Oficina Virtual

Una vez enviado, aparecerá un mensaje en la pantalla y se activarán los correspondientes emails de acuses de recibo, a la asesoría , al trabajador y al centro asistencial.

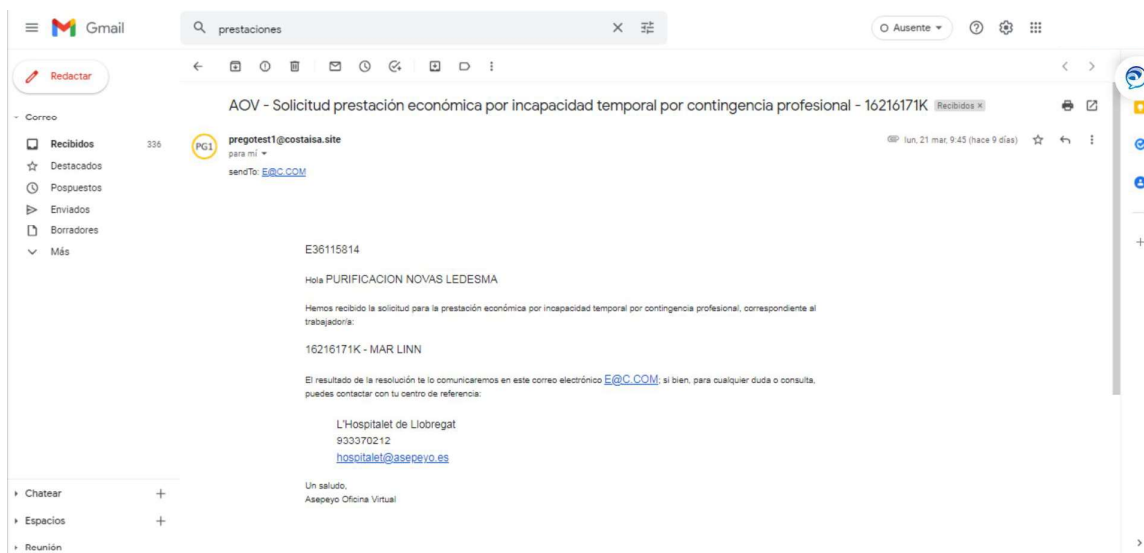


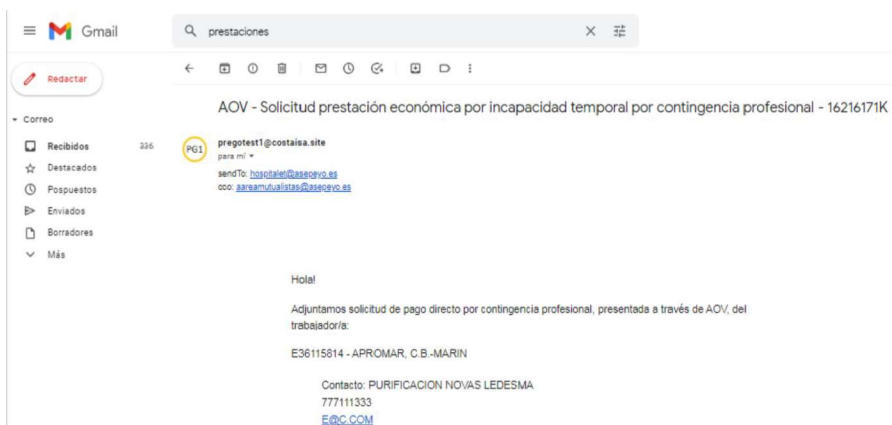
AOV asesorías - Pago directo por contingencias profesionales

Asesoría realiza la solicitud, este es el mail que recibirá como **acuse de recibo**.



El beneficiario de la prestación también recibe un **acuse de recibo**





Buzón corporativo centro asistencial

En el mail se informa la persona que ha realizado la solicitud y la beneficiaria de la prestación. Llevará adjuntada la solicitud y resto de documentación aportada.

Para notificación de la resolución, el centro asistencial deberá comunicarlo al correo electrónico informado en la solicitud (asesor y beneficiario/a de la prestación).