

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Nº afiliación Seg. Social	DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de Nacimiento
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Email
Domicilio Personal		
Localidad	Provincia	Código Postal

2. TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO Y SITUACIÓN (marquee la opción que proceda)

2.1. Tipo de trabajador autónomo

- Trabajador autónomo sin Establecimiento Mercantil
 Trabajador autónomo con Establecimiento Mercantil
 Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado
 Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE)
 Administrador, consejero o socio sociedad

2.2. Situación del solicitante

- Trabajador por cuenta ajena
 Perceptor de prestaciones de ayudas para paralización de la flota
 Perceptor de pensiones de la Seguridad Social Especificar:
 Perceptor de otras prestaciones Especificar:

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Razón Social	Nombre del establecimiento (si procede)	C.I.F.	
Nº trabajador por cuenta ajena	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Email
Domicilio			
Localidad	Provincia	Código Postal	

4. DATOS DE LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD

4.1. Modalidad de Cese

- CESE TEMPORAL**

Temporalidad: Fecha inicio _____ Fecha fin _____

Tipo Cese: Parcial % Parcialidad _____
 Total

- DEFINITIVO**

Fecha del cese de actividad _____

4.2. Motivo alegado para el cese de actividad (Art. 331 del RDL 8/2015) (marque la opción que proceda)

- Concurrencia de motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos
- Temporal con trabajadores asalariados (331.1.a.4) Fecha Resolución de la Autoridad Laboral _____
- Temporal sin trabajadores asalariados (331.1.a.5)
- Por pérdida de la licencia administrativa
- Por divorcio o separación matrimonial
- Por fuerza mayor Fecha Fuerza Mayor _____
- Violencia de género

4.3. Complementariamente al punto 4.2. Otros motivos alegados por trabajadores autónomos económicamente dependientes (marque la opción que proceda)

- Terminación de la duración contractual, obra o servicio
- Rescisión de la relación contractual del cliente por causa justificada
- Por muerte, incapacidad o jubilación del cliente
- Incumplimiento contractual grave del cliente
- Rescisión de la relación contractual del cliente por causa injustificada

4.4. Motivos alegados por socios trabajadores de cooperativa de trabajo asociados (Art. 335 del RDL 8/2015) (marque la opción que proceda)

- Por expulsión improcedente de la cooperativa
- Por causas económicas, técnicas, productivas, organizativas o de fuerza mayor
- Por finalización del período del vínculo societario
- Por causa de violencia de género, en las socias trabajadoras
- Por pérdida de licencia administrativa de la cooperativa
- Por cese en la prestación de trabajo durante el período de prueba

6. DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA Y FISCALES

6.1. Domiciliación bancaria (el interesado debe ser el titular de la cuenta)

IBAN																							
E	S																						

6.2 Datos Fiscales

Completa la opción que aplica:

Tipo voluntario de retención por IRPF <i>(No se aceptará un porcentaje menor al legal establecido)</i>	%
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se aplique:	
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos	<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas
<input type="checkbox"/> Tipo voluntario	
Si su residencia fiscal está en el EXTRANJERO, marque una de las siguientes casillas:	
<input type="checkbox"/> Residencia fiscal en Unión Europea, Islandia, Noruega o Liechtenstein	
<input type="checkbox"/> Residencia fiscal fuera de la Unión Europea	

6.3. Aplazamiento de deuda SI NO

6.4. Liquida o tributa según modelo 130 SI NO

Esta solicitud se complementa con la documentación necesaria según el tipo de cese de actividad presentada en el plazo legalmente establecido. Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a Mutua Montañesa, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº7 cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados. Solicito, mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por cese de actividad de trabajadores autónomos.

Firma del solicitante

En _____, a _____ de _____ de _____.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN SOLICITUD

PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.

2. TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO Y SITUACIÓN

Consigne en este espacio,

Apartado Tipo de trabajador autónomo. Marque el tipo de trabajador autónomo en el que se encuadre.

Apartado Situación del solicitante. Marque la situación específica en que se encuentre, si procede.

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Consigne sus datos de identificación de la actividad que realiza.

Apartado Temporalidad. Indique la temporalidad de la actividad, consignando el día, mes y año en el que se inicia la correspondiente actividad y el día, mes y año en que finaliza.

4. DATOS DE LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD

Consigne sus datos para la solicitud de la prestación.

Apartado Modalidad de cese. Indique si su cese es Temporal o Definitivo. Para Trabajadores Autónomos Económicamente Dependientes sólo se podrá indicar la modalidad de cese Definitivo.

Si su cese es temporal, deberá consignar el día, mes y año del inicio del cese en la actividad y el día, mes y año de finalización del cese en la actividad.

Si su cese es temporal, también debe indicar si se trata de un cese temporal total o parcial, en cuyo caso deberá consignar el porcentaje de parcialidad correspondiente.

Si su cese es definitivo deberá informar la fecha del cese de actividad. Consigne el día, mes y año de inicio del cese en la actividad por que se solicita el reconocimiento del derecho a la prestación.

Apartado Motivo alegado para el cese de actividad. Marque con una X el motivo alegado de la solicitud de la prestación por cese de actividad.

Complementariamente para Trabajadores Autónomos Económicamente Dependientes. Apartado 4.3. Otros Motivos. Sin perjuicio de las causas citadas en el Apartado 4.2, deberá marcar actividad.

Exclusivamente para Trabajadores de Cooperativas de Trabajo Asociados. Apartado 4.4. Motivos alegados. Deberá marcar la causa alegada por la que se solicita la prestación por cese de actividad.

5. DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA Y FISCALES

Consigne sus datos bancarios y fiscales.

Apartado Domiciliación bancaria. Consigne los datos de la cuenta corriente en la que usted desea se efectúe el ingreso de la prestación una vez reconocida. Ponga especial atención al rellenar las casillas de la cuenta corriente para evitar posibles problemas con los ingresos.

Apartado Datos Fiscales. El tratamiento de retenciones a cuenta por IRPF puede ser diferente en función de su lugar de residencia.

Si lo desea puede elegir un Tipo voluntario de retención sobre el IRPF. Indique el tipo de retención que solicita se aplique al pago mensual de la prestación que le corresponda, no pudiendo ser inferior al legalmente establecido.

Si tiene la residencia fiscal en Territorio Nacional, deberá aportar el Modelo 145: Retenciones sobre rendimientos del trabajo, correctamente cumplimentado y firmado.

Si tiene la residencia fiscal en Territorio Foral Navarra elija la opción que desea se le aplique.

Si tiene la residencia fiscal en el extranjero deberá indicar cual es el país de residencia y si el mismo pertenece a la Unión Europea o no. Si tiene la residencia fiscal en el extranjero deberá seleccionar una de las dos opciones.

FECHA Y FIRMA

Consigne al pie del documento el día, mes y año en el que se presenta el documento, firmando original por parte del trabajador/a autónomo/a interesado.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7,
CIF: G39008321

Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.
Delegado de Protección de Datos: dpo@mutuamontanesa.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

Conservación de los datos: Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

Base legal: La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios: Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias,

- *Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, con por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc..*
- *Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.*
- *Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.*

Administraciones Públicas sanitarias.

- *Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)*

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

Derechos: Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email dpo@mutuamontanesa.es.

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portaIwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>