Mutua Montañesa
Mmuy fácil

FORMULARIO SOLICITUD PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CESE DE ACTIVIDAD DE NATURALEZA EXTRAORDINARIA (PECANE 1.5)

Artículo 2. Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores autónomos afectados por una suspensión temporal de toda la actividad como consecuencia de resolución de la autoridad competente como medida de contención de la propagación del virus COVID-19, del Real Decreto-ley 2/2021, de 22 de febrero sobre medidas urgentes para la defensa del empleo, la reactivación económica y la protección de los trabajadores autónomos.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

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

2. DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE

Incluir únicamente los hijos que, conviviendo o no, dependan económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas dos pagas extraordinarias.

HIJO	DNI/NIF/NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha Nacimiento	Grado discapacidad (> o igual 33%)
1						☐ SI ☐ NO
2						☐ SI ☐ NO
3						☐ SI ☐ NO
4						☐ SI ☐ NO

3. DATOS DE LOS MIEMBROS QUE INTEGRAN LA UNIDAD FAMILIAR O UNIDAD ANALOGA DE CONVIVENCIA

Incluir únicamente los miembros que integran la unidad familiar o unidad análoga de convivencia que, conviviendo en el mismo domicilio, dependan económicamente de usted, que sean o puedan ser perceptores de la prestación o si se cuenta con algún otro tipo de ingreso.

DNI/NIF/NIE	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha Nacimiento	Grado de afinidad consanguinidad [1]	¿Cuenta con algún otro tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena?	¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad [2]?
						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
						☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

[1] Cónyuge/pareja de hecho, hijo/a, padre/madre/otros
[2] Prestación económica de cese de actividad de naturaleza extraordinaria del artículo 2 del RD 2/2022 de naturaleza extraordinaria

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

4. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

4.1 Régimen de la seguridad social

☐ **Trabajador Autónomo RETA**

☐ **Trabajador del Régimen especial del mar**

☐ **Trabajador Agrario cuenta propia (SETA)**

Fecha de inicio de actividad: _____ **Fecha de último alta en el régimen especial:** _____

Fecha de baja en el régimen Especial: _____ **Fecha de cese temporal de la actividad:** _____

4.2 Tipo de trabajador autónomo *(deberá especificar al menos una de las siguientes)*

☐ **Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil**

☐ **Socio que preste servicios a una Sociedad Mercantil**

☐ **Comunero o socio de otras Sociedades No Mercantiles**

☐ **Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado**

☐ **Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros**

☐ **Trabajador Autónomos Económicamente Dependiente (TRADE)**

☐ **Autónomo no encuadrable en alguno de los anteriores colectivos**

4.3 Información adicional

Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social *(en caso de afirmativo, indicar cuál)*	☐ **SI** ☐ **NO**
☐ **Incapacidad temporal** ☐ **Prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia** ☐ **Maternidad / paternidad** ☐ **Prestación por cuidado de hijos menores con cáncer u otra enfermedad grave** ☐ **Jubilación activa**	
Es perceptor de otras prestaciones diferentes	☐ **SI** ☐ **NO**
Percibe ayudas por paralización de flota o similar	☐ **SI** ☐ **NO**
Es profesional Colegiado	☐ **SI** ☐ **NO**
Percibe rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad se haya visto afectada por el cierre	☐ **SI** ☐ **NO**
Fecha de cierre según la resolución de cierre o suspensión de la actividad adoptada por la autoridad competente como medida de contención en la propagación del virus COVID-19	
¿Tiene reconocida la condición de familia numerosa?	☐ **SI** ☐ **NO**

4.4 Datos de la empresa o actividad

Actividad económica	**Código CNAE**	
¿Existía establecimiento abierto al público? ☐ **SI** ☐ **NO**	**Nombre del establecimiento o denominación comercial**	
Domicilio de la actividad		
Localidad	**Provincia**	**Código Postal**

4.5 Datos de la asesoría *(a rellenar en su caso)*

Denominación	
Email	**Teléfono**

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

5. OTROS DATOS

¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo?	☐ **SI** ☐ **NO**
¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? *En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento*	☐ **SI** ☐ **NO**
Fecha resolución del aplazamiento	

5.1. Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia *(el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente)*

Banco	
Dirección de la sucursal	
IBAN	

E	S																						

6. CONSENTIMIENTO GENERAL

D./Dª , con NIF otorgo el consentimiento a la Mutua Montañesa, Mutua colaboradora con la Seguridad Social Nº 7, para recabar de cualquier Administración, los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada en el artículo 2 del Real Decreto-ley 2/2022, de 22 de febrero, sobre medidas urgentes para la defensa del empleo, la reactivación económica y la protección de los trabajadores autónomos.

7. CONSENTIMIENTO EXPRESO

☐ Otorgo mi consentimiento para que Mutua Montañesa pueda recabar del Ministerio de Hacienda, cuando proceda, los datos tributarios necesarios para la revisión de los requisitos de acceso a esta prestación, y DECLARO RESPONSABLEMENTE que todos los miembros de la unidad familiar, relacionados en la página 2 de esta solicitud, otorgan también su consentimiento para el acceso a la información tributaria.

En_____, a_____de_____de_____.

FIRMA

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que cumplo los requisitos para el acceso al derecho a la Prestación Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria regulada en el artículo 2 del Real Decreto-ley 2/2022, de 22 de febrero, sobre medidas urgentes para la defensa del empleo, la reactivación económica y la protección de los trabajadores autónomos, que cuento con la documentación que en la misma se requiere y que pondré a disposición del órgano gestor de la Prestación Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria, cualquier otra documentación que se me requiera; y que me comprometo a comunicarle cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir dichos requisitos, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplimiento de cualquiera de dichos compromisos.

El motivo que justifica mi derecho a la prestación es la resolución adoptada por la autoridad competente de suspender mi actividad, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados en la presente declaración son veraces, y declaro cumplir los requisitos de acceso a la Prestación Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria, que a continuación se relacionan:

- Que estoy afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o, en su caso, en el Régimen Especia de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, al menos 30 días naturales antes de la fecha de la Resolución que acuerde la suspensión de la actividad, y en todo caso, antes del 1 de marzo de 2021.
- Que no he cumplido la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o en su caso no tengo acreditado, el periodo de cotización requerido para ello.
- Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial, no habiéndome tampoco encontrado, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas.
- Que, únicamente para el caso de que sea un trabajador autónomo con uno o más trabajadores a mi cargo, estoy al corriente del cumplimiento de todas mis obligaciones laborales y de Seguridad Social.
- Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad.
- Que, únicamente para el caso de estar en pluriactividad, los ingresos procedentes del trabajo por cuenta ajena no superan 1,25 veces el salario mínimo interprofesional.

ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro de la prestación indebidamente percibida:

- A permanecer afiliado y de alta en el Régimen Especial.
- A comunicar al órgano gestor cualquier incumplimiento de los requisitos legalmente establecidos durante la percepción de la prestación.
- A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social, que sea incompatible con el desempeño de mi actividad, durante la percepción de la prestación ahora solicitada.
- A comunicar al órgano gestor la fecha del levantamiento del cierre según la resolución adoptada por la autoridad competente como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.
- A comunicar al órgano gestor la percepción de ingresos procedentes del trabajo por cuenta ajena cuando superen 1,25 veces el importe del salario mínimo interprofesional, en cómputo mensual.
- A comunicar al órgano gestor el desempeño de otra actividad por cuenta propia.
- A comunicar al órgano gestor la percepción de rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad se haya visto afectada por el cierre.
- A comunicar al gestor el derecho al acceso a esta prestación regulada en el artículo 2 del Real Decreto-ley 2/2022, de 22 de febrero, sobre medidas urgentes para la defensa del empleo, la reactivación económica y la protección de los trabajadores autónomos. por parte de dos o más miembros, de mi unidad familiar o unidad análoga de convivencia, hasta el primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad.
- A reintegrar las cantidades indebidamente percibidas para el caso de que no acredite que mi actividad se encuentra suspendida mediante resolución adoptada por la autoridad competente, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.
- A facilitar los documentos que acrediten estar al corriente de todas las obligaciones laborales y de seguridad social que tengo asumidas en el caso de que tenga uno o más trabajadores a mi cargo.

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos profesionales de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos, así como la verificación y cotejo de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de la prestación económica de cese de actividad de naturaleza extraordinaria a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la Prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia y trabajo por cuenta propia, y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el presente escrito, y suscribo para ello la DECLARACIÓN RESPONSABLE incluida en este formulario.

En_____, a_____de_____de_____.

FIRMA

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA POR CESE DE ACTIVIDAD REGULADA EN EL ARTÍCULO 2 DEL REAL DECRETO-LEY 2/2022, DE 22 DE FEBRERO (PECANE 1.5)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE	
IPF	

Como declaración complementaria de la suscrita para solicitar a Mutua Montañesa, Mutua colaboradora con la Seguridad Social Nº7, el reconocimiento de la prestación extraordinaria de cese de actividad, dirigida a los trabajadores autónomos afectados por una suspensión temporal de toda la actividad, a consecuencia de una resolución de la autoridad competente como medida de contención de la propagación del virus COVID-19, por medio del presente escrito y al amparo de lo previsto en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, formulo

DECLARACIÓN RESPONSABLE

PRIMERO: Que he suspendido temporalmente todas mis actividades por cuenta propia, en cumplimiento de la obligación establecida en resolución adoptada por la autoridad competente, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.

SEGUNDO: Que, en particular, no llevo a cabo durante dicha suspensión temporal entrega a domicilio ni puesta a disposición para recogida de los productos que se dispensan en mi establecimiento. Tampoco llevo a cabo mi actividad on-line o por otros medios que mepermitan continuar con mi actividad.

TERCERO: Que, en el caso de ser permitido el servicio de terraza, tampoco desarrollo mi actividad en terraza al aire libre

ME COMPROMETO a aportar a esa Mutua la documentación que me requiera para acreditar la veracidad de esta declaración; a comunicarle cualquier modificación en la situación de mi actividad que suponga una alteración en lo manifestado, y a no compatibilizar indebidamente la percepción de la prestación solicitada con la realización total ni parcial de actividad por cuenta propia alguna.

En_____, a_____de_____de_____.

FIRMA TRABAJADOR AUTÓNOMO

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INGRESOS PROCEDENTES DEL TRABAJO POR CUENTA AJENA
(rellenar sólo en caso de pluriactividad)

D./Dª , con DNI y número de afiliación a la Seguridad Social , en virtud de lo establecido en el artículo 2 del Real Decreto-ley 2/2022, de 22 de febrero, sobre medidas urgentes para la defensa del empleo, la reactivación económica y la protección de los trabajadores autónomos, declaro bajo mi responsabilidad que los ingresos que percibo como consecuencia del trabajo por cuenta ajena, sumados a los ingresos netos procedentes del trabajo por cuenta ajena no superan en 1,25 veces el salario mínimo interprofesional.

Juro que los ingresos que percibo como consecuencia del trabajo por cuenta ajena ascienden a_____euros mensuales.

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente declaración y que, al día de la fecha, los datos declarados siguen siendo vigentes, informándome por parte de la Mutua que, en caso de resultar inciertos, dicha Entidad se reserva el derecho de reclamación de la prestación a que hubiera dado lugar.

Y me comprometo a conservar y custodiar la documentación acreditativa de tal extremo (certificado de empresa y declaración de la renta) y ponerla a disposición de la Mutua para todas las actuaciones de comprobación que correspondan.

En_____, a_____de_____de_____.

FIRMA

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

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 misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

Esta solicitud será remitida telemáticamente del solicitante o de su representante legal. El órgano gestor podrá comprobar la identidad del remitente de la solicitud y, en su caso, la facultad de representación del comunicante.

En el supuesto de que la solicitud, venga acompañada de documentación complementaria, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente.

1. Solicitud de la prestación
2. Fotocopia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras)
    a. Modelo 145 de comunicación de datos al pagador (I.R.P.F.) (Excepto País Vasco y Navarra)

https://www.agenciatributaria.es/static_files/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Modelos_y_formularios/Declaraciones/Modelos_100_al_199/145/mod145_es_es.pdf

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

1. Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
2. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago
3. Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social, del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.
4. Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
5. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
6. Documentación que acredite estar al corriente de todas las obligaciones laborales y de seguridad social que tenga asumidas en el caso de que tenga uno o más trabajadores a su cargo, cuando sea requerido por la Mutua.
7. Resolución adoptada por la autoridad competente de que mi actividad se encuentra suspendida, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.
8. En caso de pluriactividad, certificado de empresa y la declaración de la renta.

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, como 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/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php