

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA
(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)

1. Datos personales del Solicitante

Apellidos y Nombre		DNI – NIF	NAF (Nº afiliación Seg.Social)
Dirección del domicilio habitual			
Código Postal	Municipio	Localidad	Provincia
Correo electrónico		Teléfono fijo	Teléfono móvil

¡Atención! Debido a las dificultades de notificación postal que está habiendo como consecuencia de la DANA, la resolución a su solicitud le será enviada por medios electrónicos por lo que deberá informar necesariamente un número de **teléfono móvil** v un **correo electrónico**. verificando que sean **válidos**.

2. Información del encuadramiento

Régimen de la Seguridad Social	<input type="radio"/> Trabajador del Mar	<input type="radio"/> Agrario Cuenta Propia	<input type="radio"/> Resto de Autónomos
Actividad principal que justifica su encuadramiento en el Régimen Especial			
CNAE	Descripción de la actividad		

3. Información de la actividad

Nombre / Razón Social		NIF	Nº empleados
Nombre comercial		CNAE	¿Local abierto al público? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Dirección fiscal de la actividad: <input type="radio"/> El propio domicilio particular <input type="radio"/> Otro (dirección completa).			
Código Postal	Municipio	Localidad	Provincia
En caso de disponer de varios centros de trabajo, señalar los centros afectados por la DANA			
Otras actividades de negocio incluidas en el Impuesto de Actividades Económicas (IAE): (En el caso de tener varias actividades de negocio, señalar las afectadas por la DANA)			

4. Datos de la asesoría, a rellenar en su caso.

Nombre de la asesoría		
Persona de contacto	Correo electrónico	Teléfono

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA
(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)

5. Situación protegida

Fecha de cese de la actividad				
Tipo de cese en la actividad previsto:		<input type="radio"/> Definitivo	<input type="radio"/> Temporal Total	<input type="radio"/> Temporal Parcial
En caso de cese temporal (total o parcial), indicar la fecha prevista de reinicio de la actividad:				
Fecha del siniestro que origina el cese de actividad (entre el 28/10/2024 y el 04/11/2024):				
Dirección dónde realizaba su actividad principal al acontecer la DANA				
<input type="radio"/> Misma que la dirección fiscal de la actividad		<input type="radio"/> Otro (dirección completa)		
Código Postal	Municipio	Localidad	Provincia	

6. Hijos a cargo del solicitante

Se entenderá que existen hijos a cargo, cuando éstos sean menores de 26 años (o mayores con una discapacidad en grado igual o superior al 33%), carezcan de rentas de cualquier naturaleza iguales o superiores al salario mínimo interprofesional excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias, y convivan con el beneficiario.

DNI / NIE			
Nombre y Apellidos			
Fecha de nacimiento			
Discapacidad >= 33%	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

(2): Hasta primer grado de afinidad o consanguinidad: hijos, cónyuge, padres, suegros, yernos y nueras.

7. Datos bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia

IBAN (3)	Cuenta bancaria (informe los 24 dígitos correctamente)															

(3): El solicitante deberá ser necesariamente titular o cotitular de la cuenta bancaria. El IBAN debe coincidir con el certificado de titularidad bancaria aportado.

8. Tipo voluntario de retención IRPF

Si desea que se le aplique un % IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo:	%
Si su residencia fiscal se encuentra en TERRITORIO FORAL, a efectos de IRPF desea que se le aplique:	
Residencia fiscal (provincia):	<input type="radio"/> Tabla General (nº de hijos) <input type="radio"/> Tabla de pensionistas

9. CONSENTIMIENTO:

Mutua Universal, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 010 solicita **su consentimiento** para consultar y recabar datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no está previamente amparado por la Ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

(Contestar SI o NO)	
----------------------------	--

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL
POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA**
*(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el
Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)*

10. DECLARACION RESPONSABLE

D./D^a _____ con NIF _____, **DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que:

1. **Son ciertos** todos los datos consignados en la presente solicitud.
2. **Cumplo con todos los requisitos**, que se relacionan a continuación, para acceder a la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 330 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), siendo el motivo legal de cese de actividad la fuerza mayor derivada de los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) en diferentes municipios, entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre:
 - a. **Cesar mi actividad** **totalmente** / **parcialmente** (señalar opción) como consecuencia directa e inmediata de los siniestros producidos por los daños causados por la DANA, entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre de 2024, en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
 - b. Que a la fecha del hecho causante (**seleccionar una o varias opciones**):
 1. Mi domicilio personal se encuentra entre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
 2. Mi domicilio de actividad por cuenta propia personal se encuentra entre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
 3. Que sin que mi domicilio personal o de actividad por cuenta propia se encuentre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, 5 de noviembre, estaba realizando la actividad profesional que desarrollo en alguna de esas localidades.
 - c. Encontrarme afiliado y de alta en el Régimen Especial a fecha 28/10/2024, o en su caso, a la fecha del hecho causante.
 - d. Contar con la cobertura de cese de actividad a fecha 28/10/2024, o en su caso, a la fecha del hecho causante.
 - e. Hallarme al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social correspondientes a mi Régimen Especial o contar con una resolución de la TGSS sobre aplazamiento de cuotas adeudadas previa a la fecha de la resolución de cese de la actividad.
 - f. En caso de tener trabajadores a cargo, cumplir con las garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral.
 - g. En el supuesto de que el cese en la actividad sea definitivo, no haber cumplido con la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o no tener acreditado el periodo de cotización requerido para ello.
 - h. Que en el supuesto de que el cese de actividad sea definitivo, me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.
 - i. Que en el supuesto en que el cese de la actividad sea parcial temporal, no me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, y durante la situación de cese de actividad parcial preveo que mis ingresos por cuenta propia se verán reducidos en un 75% en relación con el mismo periodo del año anterior, y que mis ingresos mensuales en ese periodo no alcanzarán el salario mínimo interprofesional o el importe de la base de cotización por la que viniera cotizando si esta fuera inferior.
 - j. No desempeñar ninguna otra actividad por cuenta propia diferente a la actividad en la que he cesado totalmente como consecuencia de la DANA y que motiva la solicitud de esta prestación.
 - k. No percibir, ni tener derecho, a ninguna prestación ni pensión de Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad por cuenta propia (Ej.: incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o lactancia, ...).
 - l. En caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, no percibir ayudas por paralización de la flota.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL
POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA**
*(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el
Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)*

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

- A comunicar a la Mutua cualquier hecho que suponga dejar de cumplir los requisitos de acceso o mantenimiento de la prestación, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplir cualquiera de los citados compromisos o requisitos.
- En el supuesto que el cese de la actividad sea temporal, a mantener el alta en el Régimen Especial correspondiente durante el tiempo de percibo de la prestación.
- A comunicar a la Mutua cualquier situación que sea incompatible con el percibo o mantenimiento de esta prestación de cese de actividad, entre las cuales se encontrarían las siguientes:
 - El inicio de cualquier actividad por cuenta propia o ajena (a excepción de los trabajos agrarios sin finalidad comercial).
 - Que se me reconociese el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social que fuese incompatible con el desempeño de la actividad que he cesado.
 - En el caso de que el cese de actividad sea parcial temporal, a comunicar a la Mutua mis ingresos mensuales brutos durante el periodo de percibo de la prestación.
 - Empezar a percibir ayudas por paralización de la flota (en trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial del Mar
- Poner a disposición de la Mutua la documentación que me sea requerida para comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud.

HE SIDO INFORMADO por Mutua Universal de que el reconocimiento de esta prestación tiene carácter provisional y será revisado posteriormente. Si tras la revisión de la prestación no se acreditaran todos los requisitos para el reconocimiento o mantenimiento completo de la prestación, se me reclamarán las cuantías que se determinen como indebidamente abonadas.

MANIFIESTO Y OTORGO mi consentimiento expreso a Mutua Universal – Mugenat, mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 10 para que, los Organismos y/o Administraciones Públicas que correspondan, le faciliten el acceso o la información relativa a mis datos profesionales, de identificación personal y residencia; 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 de cese de actividad regulada en el art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.

Así mismo, doy mi **CONSENTIMIENTO EXPRESO** a Mutua Universal – Mugenat, Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 10 para que realice de forma telemática al correo electrónico facilitado, todas las comunicaciones relacionadas, tanto en la gestión de la prestación, como en la posterior revisión de ésta, quedando el solicitante obligado a comunicar a la Mutua cualquier modificación de dicho correo electrónico.

CONFIRMO los consentimientos anteriores, para que se pueda dar trámite a la prestación solicitada.

SOLICITO, mediante la firma, o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación de cese de actividad solicitada 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 del trabajador autónomo ⁽⁴⁾

Firma

Firma del representante ⁽⁴⁾

Nombre asesoría
Nombre y Apellidos
DNI / NIE / Pasaporte

Firma

(4): La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o en su defecto por el representante indicando la información en la casilla correspondiente.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL
POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA**
**(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el
Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)**

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la legitimación del tratamiento de sus datos es la base legal, y que se tratarán con la siguiente finalidad: Gestión de la prestación por Cese de Actividad de Trabajadores Autónomos. Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas. Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social. Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: www.aepd.es

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL
POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA**
*(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el
Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)*

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas.

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.

DOCUMENTACION OBLIGATORIA A APORTAR

1. Solicitud de la prestación y declaración responsable, debidamente cumplimentada y firmada.
2. [Modelo 145 de comunicación de datos al pagador](#) (IRPF) (Excepto País Vasco y Navarra).
3. Justificante de titularidad o cotitularidad bancaria informada en el apartado 8 de este formulario.
4. Si la solicitud no está firmada digitalmente por el propio solicitante (autónomo), deberá aportar una fotocopia legible del Documento de identidad (DNI / NIE / TIE) o Pasaporte (por ambas caras). (*)

(*) Si no dispusiera de alguno de estos documentos en el momento actual, deberá tenerlos a disposición de la Mutua para cuando le sean requeridos.

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DE LA MUTUA (cuando le sean requeridos)

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. Documentación acreditativa de la imposibilidad de desarrollar la actividad por la que se solicita la prestación.
4. 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.
5. Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre del año 2023, primer y cuarto trimestre del año 2024, y primer trimestre del año 2025.
6. Libro de Ingresos de octubre a diciembre de 2023 y 2024, y de enero de 2024 a 2025.
7. Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del tercer y cuarto trimestre de 2023 y 2024 y primer trimestre de 2024 y 2025.
8. Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
9. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
10. Cualquier otro documento que se considere necesario para verificar los requisitos de acceso a la prestación solicitada.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL
 POR FUERZA MAYOR CONSECUENCIA DE LA DANA**
*(Art. 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el
 Real Decreto 7/2024, de 11 de noviembre)*

LISTADO INICIAL DE MUNICIPIOS AFECTADOS POR LA DANA

El presente listado de municipios se corresponde con el inicialmente publicado en el anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, siendo susceptible de ser ampliado por acuerdo en el Congreso de los Diputados.

MÁLAGA	ALBACETE	CUENCA
Alhaurín de la Torre.	Letur.	Mira.

VALENCIA		
Alaquàs	Chiva	Quart de Poblet
Albal	Corbera	Real
Albalat de la Ribera	Cullera	Requena
Alborache	Dos Aguas	Riba-roja de Túria
Alcàsser	Favara	Riola
Alcúdia, l'	Fortaleny	Sedaví
Aldaia	Fuenterrobles	Siete Aguas
Alfajar	Gestalgar	Silla
Alfarb	Godolleta	Sinarcas
Algemesí	Guadassuar	Sollana
Alginet	Llaurí	Sot de Chera
Almussafes	Llíria	Sueca
Alzira	Llocnou de la Corona	Tavernes de la Valldigna
Benetússer	Llombai	Torrent
Benicull de Xúquer	Loriguilla (sólo núcleo urbano junto A3)	Turís
Benifaió	Macastre	Utiel
Beniparrell	Manises	València - PEDANÍAS SUR: Faitanar, La Torre, Forn d'Alcedo, Castellar-Oliveral, Pinedo, El Saler, El Perellonet y El Palmar,
Bétera	Massanassa	Vilamarxant
Bugarra	Mislata	Xirivella
Buñol	Montroi/Montroy	Yátova
Calles	Montserrat	
Camporrobles	Paiporta	
Carlet	Paterna	
Catadau	Pedralba	
Catarroja	Picanya	
Caudete de las Fuentes	Picassent	
Chera	Polinyà de Xúquer	
Cheste		

Compruebe el **listado actualizado** acudiendo al anexo del Real Decreto-ley 6/2024 publicado en el Boletín Oficial del Estado.