

Caso:		
GISS:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cese de actividad:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

(A cumplimentar por Mutua Universal)

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR CESE DE ACTIVIDAD – Prestación Especial LA PALMA (disposición adicional sexta. RD-ley 18/2021, de 28 de septiembre de 2021)

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Nº afiliación Seg. Social		DNI / NIF / Pasaporte /NIE		Fecha nacimiento	
Domicilio		Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Población		Provincia		Código postal	
				Régimen	
				<input type="checkbox"/> RETA <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> SETA <input type="checkbox"/> TRADE	
Hijos que conviven con el beneficiario					
		Sí	No	Sí	No
1er hijo	Menor 26 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado discapacidad mayor 33%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2º hijo	Menor 26 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grado discapacidad mayor 33%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Rentas <= SMI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Rentas <= SMI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Cese de la actividad <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Definitivo					
Nombre de la empresa o establecimiento/sin establecimiento (marque lo que proceda)					CIF
Domicilio de la actividad			Número	Puerta	Piso
			Código postal	Teléfono	
Localidad		Provincia			E-mail
Actividad económica/Oficio/Profesión		Temporalidad			Número de trabajadores por cuenta ajena
		Desde __ / __ / ____ Hasta __ / __ / ____			

3. INCOMPATIBILIDADES

	Sí	No		Sí	No
Trabaja por cuenta ajena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es perceptor de ayudas por paralización de la flota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es perceptor de pensiones de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. PLURIEMPLEO / PLURIACTIVIDAD

Nombre de la otra empresa		Régimen del trabajador en la otra empresa			CIF
Domicilio		Número	Puerta	Piso	Código postal
					Teléfono
Localidad		Provincia			E-mail

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

DECLARACIÓN JURADA O RESPONSABLE

D/Dª.....con nº de la Seguridad Social.....con DNI, NIE, / Pasaporte..... y con domicilio en..... declara bajo mi responsabilidad que:

Me he visto obligado a cesar de la Actividad empresarial o comercial, y por tanto me he dado de baja en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos (RETA), como consecuencia directa de ver mi actividad afectada por la erupción volcánica registrada en la zona de Cumbre Vieja, sita en la isla de La Palma, tal como se regula en el RD-ley 18/2021, de 28 de septiembre, en su disposición adicional sexta.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del solicitante

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR CESE DE ACTIVIDAD – Prestación Especial LA PALMA

A APORTAR EN TODOS LOS CASOS

- Solicitud (de Mutua Universal) debidamente cumplimentada, fechada y firmada.
- Modelo 145 de Retenciones sobre rendimientos del trabajo debidamente cumplimentada, fechada y firmada.
- Acreditación de titularidad de la cuenta bancaria.
- DNI en vigor (ambas caras) o NIF o Pasaporte o NIE.
- Certificado de estar al corriente de pago de las cuotas de la Seguridad Social.

Sin perjuicio de que sea requerida documentación adicional relativa a la solicitud, en futuras revisiones.

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