Mutua Universal | Mugenat. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 10

FORMULARIO SOLICITUD PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD DE NATURALEZA EXTRAORDINARA (PECANE)

Artículo 13.2 *Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores autónomos que no puedan causar derecho a la prestación ordinaria de cese de actividad prevista en la disposición adicional cuarta de este real decreto-ley o a la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 327 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada mediante Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.*

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		DNI – NIF
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Correo electrónico		Nº de afiliación a la Seg. Social
Domicilio personal		
Localidad	Provincia	Código postal

2. DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN AL 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.

DNI / NIE	Apellidos y Nombre	Fecha de nacimiento	Grado Discapacidad (=>33%). Contestar SI/NO
			☐ SI ☐ NO
			☐ SI ☐ NO
			☐ SI ☐ NO
			☐ SI ☐ NO
			☐ SI ☐ NO

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

	SI	NO
Convive en el mismo domicilio con personas unidas por vínculo familiar o unidad análoga de convivencia hasta el primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad (1), y dos o más miembros –incluido Vd.- tienen derecho a esta prestación extraordinaria por cese de actividad.	☐	☐

(1) Primer grado de afinidad o consanguinidad: hijos, cónyuge, padres, suegros, yernos y nueras.

4. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

A. 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 última alta en el régimen especial:
Fecha de baja en el régimen Especial:	Fecha de cese en la actividad:

B. TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO (deberá especificar al menos una de las siguientes):

- ☐ Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil
- ☐ Socio que preste otros 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 Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE)
- ☐ Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

C. INFORMACIÓN ADICIONAL: (Contestar SI o NO)

Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	☐ SI	☐ NO
Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social:	☐ SI	☐ NO
Indicar cual: ☐ 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

D. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD

Actividad Económica	Código CNAE
¿Existía establecimiento abierto al público? ☐ SI ☐ NO	CIF
Nombre del establecimiento o Denominación Comercial	
Domicilio de la actividad	Localidad
¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo? ☐ SI ☐ NO	

E. DATOS DE LA ASESORÍA, a rellenar en su caso.

Denominación	
Email	Teléfono

5. OTROS DATOS

¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento _____
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: _____

6. CONSENTIMIENTO GENERAL

D./Dª _____ con NIF _____ otorgo el consentimiento a Mutua Universal – Mugenat, MCCSS Núm. 10, para recabar de cualquier Administración los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada en el artículo 13.2 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo.

7. CONSENTIMIENTO EXPRESO:

¿Presta su consentimiento para recabar del Ministerio de Hacienda, los datos tributarios del ejercicio 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas?

☐ SI ☐ NO

Ante respuesta negativa, le recordamos la obligación de facilitar a esta entidad la documentación que a continuación se indica, o modelos equivalentes de carácter territorial, en el plazo de 10 días a partir del momento que le sea requerida. En caso contrario se procederá a denegar la prestación:

- Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
- Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año 2020.
- Declaración de la renta de las personas físicas o certificado de empresas donde consten las retribuciones percibidas por cuenta ajena.
- Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.

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 13.2 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo; 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: (selecciona la opción u opciones que considere)

a) No tener derecho a la prestación de cese de actividad que se regula en la Disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre.
b) No tener derecho a la prestación de cese de actividad que se regula en los artículos 327 y siguientes del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se regula el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.
c) No tener ingresos procedentes de la actividad por cuenta propia en el último trimestre del ejercicio 2020 superiores al salario mínimo interprofesional.
d) Sufrir, en el cuarto trimestre de 2020, una reducción en los ingresos de la actividad por cuenta propia de, al menos, el 50%, en relación a los ingresos habidos en el primer trimestre del 2020.

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 me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial desde antes del 1 de abril.
- 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, tanto a fecha 30 de marzo de 2020 como en el momento de presentar esta solicitud.
- 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 no percibo rendimientos procedentes de una sociedad ni desempeño otra actividad por cuenta propia.

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, ya que la baja significaría la extinción de la prestación a dicha fecha.
- 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 reintegrar las cantidades indebidamente percibidas para el caso de que no acredite que:
    - No se está percibiendo la prestación de cese de actividad regulada en la disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre.
    - No se está percibiendo la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 327 y siguientes del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se regula el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.
    - Tengo unos ingresos procedentes de la actividad por cuenta propia, en el último trimestre del ejercicio 2020 superiores al salario mínimo interprofesional.
    - Sufrir, en el cuarto trimestre del 2020, una reducción en los ingresos de la actividad por cuenta propia de, al menos, el 50%, en relación a los ingresos habidos en el primer trimestre del 2020.
- A comunicar a la entidad gestora de la prestación el derecho al acceso a esta prestación regulada en el artículo 13.2 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre 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 poner a disposición de la Mutua, en el caso de que no pudiera tener acceso a los datos obrantes en las administraciones tributarias, en el plazo de diez días desde el requerimiento, a la siguiente documentación, o modelos equivalentes de carácter territorial:
    - Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.

  - 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 trimestres de los años 2019 y 2020 a los efectos de poder determinar lo que corresponde al tercer y cuarto trimestre de esos años.
  - Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.
- 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 de naturaleza extraordinaria (PECANE), 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

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 trataran 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 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 la establecido en el artículo 13.2 d) del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo, declaro bajo mi responsabilidad que:

- que los ingresos procedentes del trabajo por cuenta ajena no superan 1,25 veces el importe del salario mínimo interprofesional.
- 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

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.

1. Solicitud de la prestación
2. Fotocopia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras).
3. Certificado de estar al corriente de pago en las cotizaciones a la Seguridad Social.
4. Documento acreditativo de ser titular de la cuenta bancaria (certificado de titularidad, fotocopia de la cartilla, recibo o similar).
5. Modelo 145 de comunicación de datos al pagador (I.R.P.F.). Para País Vasco y Navarra, el modelo foral.

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 específica, o modelos equivalentes de carácter territorial a poner a disposición del órgano gestor, en los 10 días siguientes a su requerimiento:
   - Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
   - 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 trimestres de los años 2019 y 2020 a los efectos de poder determinar lo que corresponde al tercer y cuarto trimestre de esos años.
   - Copia del modelo 131 correspondiente a la autoliquidación del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), o en su caso, la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba admitido en derecho que sirva para acreditar los ingresos facturados (Únicamente para aquellos trabajadores autónomos que facturen por el método de estimación objetiva).
   - Cualquier otro documento fiscal/contable que sea requerido por la Mutua.
   - 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. En caso de pluriactividad, certificado de empresa y la declaración de la renta.