

Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Solicitud prestación económica extraordinaria por Cese de Actividad de los Trabajadores Autónomos – RDL 8/2020, de 17 de marzo, (COVID-19) -

1. Datos personales del solicitante

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Nº de Seguridad Social
Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)		
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico

2. Datos de los hijos que conviven o están a cargo del solicitante ⁽¹⁾

Apellidos y nombre	DNI/NIE/ Pasaporte	Fecha nacimiento	Incapacitado		Trabaja		Rentas	
			Sí (%)	No	Sí	No	Año anterior	Año en curso

⁽¹⁾ Incluir únicamente los hijos que, conviviendo o no, dependen económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas dos pagas extraordinarias

3. Motivos de la solicitud

<input type="checkbox"/>	Actividad suspendida en virtud de lo previsto en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo
<input type="checkbox"/>	Reducción de su facturación en, al menos, un 75 por ciento, en relación con la efectuada en el semestre anterior

4. Datos profesionales del solicitante

a) Régimen de la Seguridad Social

<input type="checkbox"/>	Trabajador Autónomo (RETA)
<input type="checkbox"/>	Trabajador del Régimen especial del mar
<input type="checkbox"/>	Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)
Fecha de inicio de la actividad	Fecha de último alta en el Régimen especial
Fecha de baja en el Régimen Especial	Fecha de cese en la actividad

Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Solicitud prestación económica extraordinaria por Cese de Actividad de los Trabajadores Autónomos – RDL 8/2020, de 17 de marzo, (COVID-19) -

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

<input type="checkbox"/>	Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil
<input type="checkbox"/>	Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil
<input type="checkbox"/>	Comunero o socio de otras Sociedades No Mercantiles
<input type="checkbox"/>	Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros
<input type="checkbox"/>	Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE)
<input type="checkbox"/>	Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

c) Información adicional: (Contestar SI o NO)

Si	No	Información adicional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabaja por Cuenta Ajena (pluriactividad)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Percibe ayudas por paralización de flota, o similar

d) Datos de la empresa o actividad

Actividad Económica		
Código CNAE	Establecimiento abierto al público: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Nombre del establecimiento (si procede)		
Domicilio de la actividad (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)		
Código Postal	Localidad	Provincia

e) Datos de la asesoría, a rellenar en su caso

Nombre de la asesoría	
E-mail	Teléfono

5. Otros Datos

Si	No	Situación del solicitante
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? En caso afirmativo, indicar la fecha de resolución del aplazamiento _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020?

Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Solicitud prestación económica extraordinaria por Cese de Actividad de los Trabajadores Autónomos – RDL 8/2020, de 17 de marzo, (COVID-19) -

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

Entidad Bancaria	
Dirección de la Sucursal	

IBAN

Código País	CCC																		
	Entidad			Sucursal			DC		Número de Cuenta										

7. Consentimiento

MC MUTUAL 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

En, _____ a de _____ de _____

Firma del trabajador autónomo ⁽²⁾

Firma del representante ⁽²⁾

Nombre asesoría _____

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE/Pasaporte _____

⁽²⁾ La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o en su defecto por el representante indicando la información en la casilla correspondiente.

Información detallada sobre protección de datos

Responsable del tratamiento: Mutua Midat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 1 (MC MUTUAL)

Finalidad y legitimidad del tratamiento: Cumplimiento de las actividades encomendadas como Entidad Colaboradora con la Seguridad Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación.

Destinatarios de los datos: Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social o, en su caso, a la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para comprobar la información facilitada; además de los supuestos de autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo ampare. La comunicación, por su parte, de datos del menor se efectúa en meritos de una de estas condiciones que lo amparan legalmente: prrigenitura, adopción, acogimiento preadoptivo o permanente o equiparable jurídicamente a los anteriores, o tutela.

Plazo de conservación de los datos: El tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

Ejercicio de derechos: Puede acceder, rectificar, oponerse, suprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a MC MUTUAL, previa identificación, a

Avda Josep Terradellas, 14-18, 08029 Barcelona, o al correo electrónico del Delegado de Protección de Datos, dpatosmc@mc-mutual.com. También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos.

Más información: www.mc-mutual.com/protecciondatos

Declaración Responsable - Prestación económica extraordinaria por Cese de Actividad de los Trabajadores Autónomos – RDL 8/2020, de 17 de marzo. (COVID-19) -

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que cumpla los requisitos para el acceso al derecho a la prestación extraordinaria de cese de actividad; que cuento con la documentación que en la misma se requiere, la cual tendré a disposición del órgano gestor de la prestación extraordinaria de cese de actividad; 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 (marcar la opción que corresponda):

- Reducción en la facturación en el mes natural anterior al de la solicitud en al menos un 75 % en relación con el promedio mensual desde el mes de septiembre de 2019 hasta febrero de 2020, ambos inclusive (de no haber estado de alta en el Régimen Especial durante todo este período o de haber tenido suspendida la actividad por encontrarse en situación de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado de menor, riesgo durante el embarazo u otro motivo, se calculará el promedio mensual solo con los meses naturales completos de actividad)
- Suspensión de la actividad por consecuencia directa de la declaración del ESTADO DE ALARMA

DECLARO, bajo mi responsabilidad, cumplir los requisitos de acceso a la Prestación Extraordinaria de Cese de Actividad, que a continuación se relacionan:

- ✓ Que me encontraba en situación de alta en el Régimen Especial a fecha 14 de marzo de 2020
- ✓ En el caso de que solicite la prestación por la reducción de la facturación, pongo a disposición del órgano gestor la documentación que se requiere en esta solicitud para acreditar que, durante el mes anterior a la fecha en que solicito la prestación, la facturación por mi actividad o por la actividad de la empresa para la que presto mis servicios (como administrador, socio, TRADE, colaborador familiar, etc.) se ha reducido al menos en un 75% en relación con la del promedio mensual del período de septiembre de 2019 a febrero de 2020, declarando expresamente que se cumple dicha circunstancia
- ✓ Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial, no habiéndome tampoco encontrado, a 14 de marzo de 2020, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas
- ✓ Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social

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

- ✓ A permanecer de alta en el Régimen Especial, para el supuesto de que solicite la prestación por reducción de la facturación.
- ✓ A comunicar al órgano gestor el incumplimiento durante la percepción de la prestación de dicha reducción en la facturación mensual, para el supuesto de que solicite la prestación por este motivo.
- ✓ A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social durante la percepción de la prestación ahora solicitada.
- ✓ A poner a disposición del órgano gestor la documentación de iniciación del ERTE, en relación con los trabajadores de mi empresa, para el supuesto de que se iniciase dicho procedimiento de suspensión de contratos laborales o de reducción de la jornada

Declaración Responsable - Prestación económica extraordinaria por Cese de Actividad de los Trabajadores Autónomos – RDL 8/2020, de 17 de marzo. (COVID-19) -

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 extraordinaria de cese de actividad, 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 extraordinaria de cese de actividad 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 ⁽²⁾

Firma del representante ⁽¹⁾

Nombre asesoría _____

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE/Pasaporte _____

⁽¹⁾ La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o en su defecto por el representante indicando la información en la casilla correspondiente

Información detallada sobre protección de datos

Responsable del tratamiento: Mutual Mídat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 1 (MC MUTUAL).

Finalidad y legitimidad del tratamiento: Cumplimiento de las actividades encomendadas como Entidad Colaboradora con la Seguridad Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación.

Destinatarios de los datos: Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social o, en su caso, a la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para comprobar la información facilitada, además de los supuestos de autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo ampare. La comunicación, por su parte, de datos del menor se efectúa en méritos de una de estas condiciones que lo amparan legalmente: progeneritura, adopción, acogimiento preadoptivo o permanente o equiparable jurídicamente a los anteriores, o tutela.

Plazo de conservación de los datos: El tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

Ejercicio de derechos: Puede acceder, rectificar, oponerse, suprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a MC MUTUAL, previa identificación, a

Avda. Josep Farradellas, 14-18. 08029 Barcelona, o al correo electrónico del Delegado de Protección de Datos, dpdatosmc@mc-mutual.com. También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos.

Más información: www.mc-mutual.com/protecciondedatos

