

## Solicitud de prestación económica por cese de actividad

### 1. Datos personales del solicitante

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Nº afiliación Seg. Social		DNI/NIF/Pasaporte/NIE	Nacimiento	e-mail	
			/ /		
Domicilio			Teléfono fijo	Teléfono móvil	
Población	Provincia	Cód. Postal			
Régimen Seg. Social	Tipo de trabajador autónomo (marque "x" si procede alguna de las opciones):			Sí	No
Autónomo (RETA) <input type="checkbox"/>	Trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. especial del mar <input type="checkbox"/>	Socio trabajador de cooperativa de trabajo asociado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrario (SETA) <input type="checkbox"/>	Trabajador autónomo que ejerce su actividad profesional conjuntamente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situaciones del solicitante:			Sí	No	
Es trabajador por cuenta ajena			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es perceptor de prestaciones de ayudas por paralización de la flota			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es perceptor de otras prestaciones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:
Es perceptor de pensiones de la Seguridad Social			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:

### 2. Datos de los hijos que conviven con el solicitante

Hijos que conviven con el solicitante				DNI/NIF/ Pasaporte/NIE	Fecha de nacimiento		
Apellidos y nombre							
1º.-					/ /		
2º.-					/ /		
3º.-					/ /		
4º.-					/ /		
5º.-					/ /		
Incapacitado	Grado de incapacidad (marque "x" según proceda)		Trabaja		Rentas año anterior	Rentas año en curso	Estado civil
	Sí	No	Inferior 33%	Superior 33%			
1º.-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2º.-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3º.-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4º.-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5º.-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### 3. Datos de la actividad

Nombre de la empresa				CIF de la empresa	
No existe establecimiento <input type="checkbox"/>		Nombre del establecimiento			
Existe establecimiento <input type="checkbox"/>					
Domicilio de la actividad		Número	Puerta	Piso	Esc./bloq.
Población/Provincia/País		Cód. Postal	Teléfono	e-mail	
Actividad económica/Oficio/Profesión		Temporalidad		Número de trabajadores por cuenta ajena	
		Desde ___/___/___			
		Hasta ___/___/___			

### 4. Pluriempleo/pluriactividad

Nombre de la otra empresa			Régimen del trabajador en la otra empresa			
Domicilio			Número	Puerta	Piso	Esc./bloq.
Población		Provincia	Cód. Postal	Teléfono	e-mail	
CIF de la otra empresa		Funciones que desempeña en la otra empresa				

### 5. Socio trabajador de cooperativa de trabajo asociado o similares

Nombre de la Empresa		Forma jurídica		C.C.C.	
Domicilio		Número	Puerta	Piso	Esc./bloq.
Población		Provincia	Cód. Postal	Teléfono	e-mail
CIF de la empresa		Trabajadores dependientes		Nº trabajadores dependientes	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		_____	

### 6. Datos de la asesoría

Nombre de la Asesoría			CIF de la asesoría			
Domicilio			Número	Puerta	Piso	Esc./bloq.
Población		Provincia	Cód. Postal	Teléfono	e-mail	

## 7. Datos de la prestación

Cese de la actividad		En caso de reanudación del cese	
Carácter:	Tipo:	Anterior periodo de cese de actividad:	
Temporal <input type="checkbox"/> fuerza mayor/ violencia género	Inicial <input type="checkbox"/>	Desde	___/___/___
Definitivo <input type="checkbox"/>	Reanudación <input type="checkbox"/>	Hasta	___/___/___
Períodos cotizados por cese de actividad		Desde	___/___/___
		Hasta	___/___/___
Motivo alegado para cese de actividad (marque "x" en la opciones que procedan)		Fecha efectiva cese	
a) Motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos		<input type="checkbox"/>	___/___/___
b) Fuerza mayor		<input type="checkbox"/>	___/___/___
c) Pérdida licencia administrativa		<input type="checkbox"/>	___/___/___
d) Violencia de género		<input type="checkbox"/>	___/___/___
e) Divorcio o separación		<input type="checkbox"/>	___/___/___
<u>Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente</u>			
f) Terminación de la duración contractual, obra o servicio		<input type="checkbox"/>	___/___/___
g) Incumplimiento contractual grave del cliente		<input type="checkbox"/>	___/___/___
h) Rescisión de la relación contractual del cliente por causa justificada		<input type="checkbox"/>	___/___/___
i) Rescisión de la relación contractual del cliente por causa injustificada		<input type="checkbox"/>	___/___/___
j) Por muerte, incapacidad o jubilación del cliente		<input type="checkbox"/>	___/___/___
<u>Socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado</u>			
k) Cese en la actividad desarrollada en la cooperativa			
k.1) Por expulsión improcedente		<input type="checkbox"/>	___/___/___
k.2) Por causas económicas, organizativas, productivas o fuerza mayor		<input type="checkbox"/>	___/___/___
k.3) Finalización período del vínculo societario		<input type="checkbox"/>	___/___/___
k.4) Violencia de género		<input type="checkbox"/>	___/___/___
k.5) Pérdida de licencia administrativa de la cooperativa		<input type="checkbox"/>	___/___/___
l) Cese prestación trabajo durante período de prueba		<input type="checkbox"/>	___/___/___
<u>Trabajadores autónomos que ejercen su actividad profesional conjuntamente</u>			
m) Motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos		<input type="checkbox"/>	___/___/___
n) Por fuerza mayor		<input type="checkbox"/>	___/___/___
o) Por pérdida de la licencia administrativa		<input type="checkbox"/>	___/___/___
p) Por divorcio o acuerdo de separación		<input type="checkbox"/>	___/___/___

### 8. Domiciliación bancaria

	Nombre de la entidad bancaria
--	-------------------------------

### 9. Datos fiscales

Tipo voluntario de retención IRPF: _____ %	(no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)
--	--

### 10. Declaración jurada

En virtud de la prescripción recogida en la Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos, en cuyo artículo 6º se determina la forma de acreditación de la situación legal de cese de la actividad en cada uno de los supuestos tasados que se enumeran en el artículo 5º del mismo cuerpo legal, se certifica lo siguiente:

D./Dña. \_\_\_\_\_,

con número de afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_, con DNI/NIF/Pasaporte/NIE número \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declara bajo su responsabilidad que:

**En su condición de trabajador autónomo, declara que ha cesado el ejercicio de su actividad por alguna de estas causas (márquese lo que proceda):**

- Por la concurrencia de motivos económicos, técnicos, productivos u organizativos
- Por la concurrencia de motivos basados en fuerza mayor determinante del cese de actividad económica o profesional, siendo la causa \_\_\_\_\_

Carácter:       Temporal       Definitivo

- Por la concurrencia de motivos basados en violencia de género determinante del cese temporal o definitivo de la actividad de la trabajadora autónoma

Carácter:       Temporal       Definitivo

Del mismo modo, hace constar que la fecha en la que se ha producido el motivo anteriormente aducido es:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declara igualmente que (márquese si procede)  es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza abierto al público, situado en (indique dirección completa) \_\_\_\_\_, el cual permanecerá cerrado durante todo el periodo en el que perciba prestación económica por cese de actividad.

Declaro bajo su 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, informándosele que en caso de resultar inciertos, la Mutua se reserva el derecho de reclamación de la prestación a que hubieran dado lugar.

11. Fecha y firma.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante

**Protección de datos de carácter personal:**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos haya facilitado para la tramitación de la reclamación van a ser incorporados a los ficheros denominado de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de tramitarle la reclamación y realizar la correspondiente gestión administrativa. Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del fichero, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica se le comunica que respecto a los datos de carácter personal recogidos para su tratamiento tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Mutua Navarra en la dirección postal arriba indicada en los términos que suscribe la legislación vigente.