

Nº Expediente: (a rellenar por Mutua Navarra)

Formulario de Solicitud de Prestación Extraordinaria CATA

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

DNI / NIF:

Fecha de Nacimiento:

Nº de teléfono:

Nº de 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 A 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.

<p>DNI: 1º Apellido: 2º Apellido: Nombre: Fecha de nacimiento: Grado de discapacidad: (> o igual 33%): Sí NO</p>	<p>DNI: 1º Apellido: 2º Apellido: Nombre: Fecha de nacimiento: Grado de discapacidad: (> o igual 33%): Sí NO</p>
<p>DNI: 1º Apellido: 2º Apellido: Nombre: Fecha de nacimiento: Grado de discapacidad: (> o igual 33%): Sí NO</p>	<p>DNI: 1º Apellido: 2º Apellido: Nombre: Fecha de nacimiento: Grado de discapacidad: (> o igual 33%): Sí NO</p>

3. 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 del primer alta de autónomos):
- Fecha de último alta en el régimen especial (fecha del último alta de autónomos. Si coincide con la fecha de inicio de actividad dejar en blanco):
- Fecha de baja en el régimen Especial (fecha de baja en autónomos en el caso de que te hayas dado de baja):
- **Fecha de cese en la actividad (fecha del último día que has desarrollado tu trabajo):**

B) TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO (debes 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 SÍ o NO):

Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):

Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social:

Es perceptor de otras prestaciones diferentes:

Percibe ayudas por paralización de flota, o similar:

Es Profesional Colegiado:

D) DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD:

Actividad económica:

Código CNAE: **¿Existía establecimiento abierto al público?**

Nombre del establecimiento o Denominación Comercial:

Domicilio de la Actividad:

Localidad:

E) DATOS DE LA ASESORÍA (a rellenar en su caso):

Denominación

Correo electrónico:

Teléfono:

4. OTROS DATOS

- ¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento
- ¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020?
- 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:

Retención I.R.P.F.:

5. CONSENTIMIENTO

Mutua Navarra 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.

6. 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 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 LO 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-

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:

7. 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. Si existen hijos a cargo, carátula de la declaración de la renta del año 2018 (si existen hijos nacidos a partir del 01/01/2019 libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros).

8. DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

1. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago
2. 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.
3. Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
4. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
5. Documentación específica cuando se alegue reducción de la facturación mensual: Libro de registro de facturas emitidas y recibidas; libro diario de ingresos y gastos; libro registro de ventas e ingresos; libro de compras y gastos, o cualquier otro medio de prueba admitido en Derecho para acreditar dicha reducción en la facturación.

Información sobre protección de datos

Responsable del tratamiento: MUTUA NAVARRA, MCCSS nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud.

La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que, de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, dpd@mutuanavarra.es. Más información en www.mutuanavarra.es