

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

En base al artículo 2, apartados a y b de la Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia o autónomos de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre,

Don/Doña _____ con DNI/NIE/pasaporte _____ y nº de la Seguridad Social _____ y domicilio en _____

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza: SI NO

(* Si indica "NO" deberá cumplimentar el punto 3. Si indica "SI" deberá indicar nombre y domicilio del establecimiento

Que dicho establecimiento, de nombre _____

tiene su domicilio social en _____

que la actividad económica, oficio o profesión es la de _____ y que durante la

situación de Incapacidad Temporal Cuidado de menores Riesgo durante embarazo Riesgo durante lactancia

la actividad queda en la siguiente situación:

1 - Gestionado por Familiar Empleado del establecimiento Otra persona

D./Dña. _____

Número de Afiliación a la Seguridad Social ___/___/___

Número documento nacional de identidad _____

Código cuenta cotización de la empresa ___/___/___

Parentesco _____

2 - Cese temporal definitivo de la actividad durante la situación antes indicada del titular del establecimiento

3 - O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de _____ que tiene su domicilio en _____

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma del solicitante

En _____ a _____ de _____ de 20__

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

Información básica sobre privacidad

Todos los datos son obligatorios para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Más información sobre protección de datos y sus derechos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>. Contacto DPD: dpd@mutuabalear.es