

## DECLARACIÓ DE SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT

Empleni aquest imprès de la forma més exacta possible per a així facilitar el tràmit de la prestació. Abans de començar, llegeixi detingudament les instruccions. Recomanem que escrigui amb l'ordinador per tal d'evitar errors d'interpretació. Si escriu a mà utilitzi lletres majúscules i escrigui amb claredat.  
**Telèfon de contacte: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es**

SEGELL D'ENTRADA

Nº d'expedient:

D'acord amb l'article 2, apartats a i b de la Resolució de 4 de febrer de 2004, de l'Institut Nacional de la Seguretat Social, sobre el compliment per part dels treballadors per compte propi o autònoms de l'obligació establerta al paràgraf segon de l'article 12 del Reial Decret 1273/2003, de 10 d'octubre,

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE/passaport \_\_\_\_\_ i nº de la Seguretat Social \_\_\_\_\_ i domicili a \_\_\_\_\_

### DECLARA SOTA LA SEVA RESPONSABILITAT

És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa:  SÍ  NO

(\* Si indica "NO" haurà de complimentar el punt 3. Si indica "SÍ" haurà d'indicar nome i domicili de l'establiment

Que el citat establiment, anomenat \_\_\_\_\_ té el seu domicili social a \_\_\_\_\_

que l'activitat econòmica, ofici o professió és la de \_\_\_\_\_ i que durant la situació de  Incapacitat Temporal  Cura de menors  Risc durant embaràs  Risc durant lactància

L'activitat queda en la següent situació:

1 - Gestionat per  Familiar  Empleat de l'establiment  Una altra persona

Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
 Número d'Afiliació a la Seguretat Social \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Número document nacional d'identitat \_\_\_\_\_  
 Codi compte cotització de l'empresa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Parentiu \_\_\_\_\_

2 -  Cessament  temporal  definitiu de l'activitat durant la situació abans indicada del titular de l'establiment

3 -  O contràriament, declara que es troba inclòs en el Règim Especial de treballadors per compte propi o Autònoms en funció de l'activitat econòmica de \_\_\_\_\_ que té el seu domicili a \_\_\_\_\_

**DECLARO**, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno a la present sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a MUTUA BALEAR qualsevol variació d'aquestes que pogués produir-se mentre rebi la prestació.

Signatura del sol·licitant

A \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Abans de signar aquest formulari, ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que es troba més avall.**

#### Informació bàsica sobre privacitat

Totes les dades són obligatòries per a la correcta tramitació de la seva sol·licitud. El responsable del tractament és MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalitat és l'avaluació, control i gestió del seu dret a prestacions, compliment d'obligacions legals i finalitats de gestió de la qualitat. Les persones interessades tenen dret a sol·licitar l'accés, la rectificació o supressió, la limitació del tractament i la portabilitat de les seves dades, així com a oposar-se al seu tractament i a presentar una reclamació davant d'una autoritat de control. Més informació sobre protecció de dades i els seus drets a les polítiques de privacitat aplicables a la gestió de prestacions i als pacients publicades a <https://www.mutuabalear.ca/portal-privacitat>. Contacte DPD: [dpd@mutuabalear.es](mailto:dpd@mutuabalear.es)