

DECLARACIÓN RESPONSABLE

| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF/NIE |
|--------|-----------------|------------------|---------|
| | | | |

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que se consignan en la solicitud de prestación por cese de actividad de los trabajadores autónomos que han cesado parcial o totalmente en su actividad, de forma definitiva o temporal, como consecuencia directa e inmediata de los siniestros causados por la DANA entre el 28/10/2024 y el 04/11/2024; que soy titular del número de identidad que se indica en la presente solicitud, que cumplo los requisitos para el acceso al derecho a la prestación de cese de actividad; que pondré a disposición de Mutua Balear, cuando me sea requerida, la documentación que permita comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud; 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.

DECLARO, bajo mis responsabilidades, cumplir con todos los requisitos, que se relacionan a continuación, para acceder a la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 330 y siguientes del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), siendo el motivo legal del cese de actividad la fuerza mayor derivada de los daños causados por la Depresión Aislada de Niveles Altos (DANA) en diferentes municipios, entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre:

- Que he cesado mi actividad como consecuencia directa e inmediata de los siniestros producidos por los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) entre el 28 de octubre y el de 4 de noviembre, en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, y que el cese tiene carácter:

PARCIAL TOTAL

- Que me encontraba afiliado y de alta en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, a fecha 28/10/2024, o en su caso, a la fecha del hecho causante de esta prestación.
- Que me encuentro al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social o cuento con una resolución de la TGSS sobre aplazamiento de cuotas adeudadas previa a la fecha del hecho causante del cese de actividad.
- Que tengo concertada la cobertura de la protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.
- En el supuesto de haber cesado definitivamente en la actividad, que no he cumplido con la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o no tengo acreditado el periodo de cotización requerido para ello.
- En el supuesto de haber cesado definitivamente en la actividad, que me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos y en el censo de empresarios.
- En el caso de tener trabajadores a mi cargo, que cumplo con las garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral.
- En el caso de haber cesado totalmente en la actividad, que no estoy desempeñando ninguna otra actividad por cuenta propia, distinta a la actividad que ha resultado afectada como consecuencia de la DANA, y que motiva la solicitud de esta prestación.
- Que no percibo, ni tengo derecho, a ninguna prestación ni pensión de Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad por cuenta propia (incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, etc.).
- En el caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, que no percibo ayudas por paralización de la flota.

■ Que la dirección o las direcciones que señalo a continuación se encuentra/n en alguno de los municipios incluidos en el anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre (DEBE MARCAR LA OPCIÓN CORRECTA):

- La dirección de mi actividad.
- La dirección en la que resido.
- La dirección en la que estaba realizando mi actividad profesional en el momento del suceso.

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

- A comunicar al órgano gestor cualquier incumplimiento de los requisitos de acceso o de mantenimiento de la prestación legalmente establecidos durante la percepción de la misma.
- En caso de incumplir cualquiera de los requisitos antes mencionados o de los compromisos adquiridos, a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas.
- En caso de que el cese de actividad sea temporal, a mantener el alta en el Régimen Especial correspondiente durante el tiempo que perciba esta prestación.
- A comunicar a Mutua Balear el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social durante la percepción de la prestación ahora solicitada, que resulte incompatible con el percibo o mantenimiento de la misma.
- A comunicar a Mutua Balear el inicio de cualquier actividad por cuenta propia o ajena durante la percepción de la prestación (a excepción de los trabajos agrarios con finalidad comercial).
- En el caso de que el cese de actividad sea parcial temporal, a comunicar a Mutua Balear mis ingresos mensuales brutos durante el periodo de percibo de la prestación.
- A poner a disposición de Mutua Balear la documentación que se me requiera para comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud.

COMUNICO QUE HE SIDO INFORMADO por Mutua Balear, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 183, de que el reconocimiento de esta prestación tiene carácter PROVISIONAL y será revisado posteriormente. Si tras la revisión de la prestación no se acreditaran todos los requisitos para el reconocimiento o mantenimiento completo de la misma, se me reclamarán las cuantías que se determinen como indebidamente abonadas.

MANIFIESTO Y OTORGO mi consentimiento expreso a Mutua Balear, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 183, para que los Organismos y/o Administraciones Públicas que correspondan le faciliten el acceso a la información relativa a mis datos profesionales, de identificación personal y residencia; 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 prestación de cese de actividad regulada en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.

Firma y sello

En _____ a _____ de _____ de 20__

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.
La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de su solicitud.

Información básica sobre privacidad

Todos los datos señalados como obligatorios deben ser cumplimentados para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCCSS 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 la AEPD. Más información sobre protección de datos y sus derechos en las políticas de privacidad aplicables a las empresas mutualistas y a la gestión de prestaciones publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>. Contacto DPD: dpd@mutuabalear.es