

## 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](mailto:dpd@mutuabalear.es)