

## FORMULARIO SOLICITUD DE CESE DE ACTIVIDAD TOTAL O PARCIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS POR FUERZA MAYOR COMO CONSECUENCIA DE LA DANA

Artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el Real Decreto-ley 7/2024, de 11 de noviembre)

### 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Núm. Afiliación Seguridad Social	DNI/NIF
					___ / ___ / ____
Domicilio					
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal
Municipio				Provincia	
País			E-mail		

### 2. DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE

Incluir únicamente los hijos que dependan económicamente de usted por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Inter-profesional, excluidas dos pagas extraordinarias.

Las condiciones de los hijos a efectos del IPREM, son hijos menores de 26 años o mayores con discapacidad igual a superior al 33% y que convivan con el beneficiario.

Datos	Hijo/a 01		Hijo/a 02		Hijo/a 03		Hijo/a 04	
DNI								
Primer apellido								
Segundo apellido								
Nombre								
Fecha de nacimiento								
Grado de discapacidad igual o superior al 33%	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

### 3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

<b>A- RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL (marque con una "x" la opción que proceda):</b>		
A. - Autónomo (RETA)	B. - Régimen Especial del Mar	C. - Agrario (SETA)
<b>B- INFORMACIÓN ADICIONAL (contestar sí o no):</b>		
Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	Sí	No
En el caso de encontrarme en situación de pluriactividad, mis ingresos brutos por el trabajo por cuenta ajena que venía desarrollando en los cuatro últimos meses inmediatamente anteriores al nacimiento del derecho son los siguientes (completar el siguiente cuadro):		
MES	INGRESO BRUTO EN EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (EN €)	
Junio 2024		
Julio 2024		
Agosto 2024		
Septiembre 2024		
TOTAL		
Percibe ayudas por paralización de flota, o similar:	Sí	No

Nombre:

Apellidos:

DNI / NIE:

C. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD							
Nombre de la empresa o Razón Social:							Nº CIF
Actividad Económica							CNAE
Nº empleados a cargo							
En caso afirmativo, ¿está al corriente de sus garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral?    Sí    No							
¿Existía establecimiento abierto al público?				Nombre del establecimiento o Denominación Comercial:			
Sí    No							
Domicilio fiscal de la actividad							
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad	Municipio
Provincia				País			
Otros domicilios donde se desarrolla la actividad (centros de trabajo): En el caso de disponer de varios centros de trabajo, indicar los centros afectados por la DANA.							
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad	Municipio
Provincia				País			
Otras actividades de negocio incluidas en el Impuesto de Actividades Económicas (IAE): En el caso de tener varias actividades de negocio, indicar las afectadas por la DANA.							

D. DATOS DE LA ASESORÍA, A RELLENAR EN SU CASO	
Denominación	Persona de contacto
Teléfono	E-mail

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO PRODUCIDO POR LA DANA QUE DA LUGAR AL CESE DE ACTIVIDAD

Fecha del cese de la actividad	Fecha en la que se produjo el siniestro que da lugar al cese de actividad (entre el 28/10/2024 y el 04/11/2024):						
___ / ___ / _____	___ / ___ / _____						
Dirección donde realizaba su actividad profesional al acontecer la DANA							
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad	Municipio
Provincia				País			



## DECLARACIÓN RESPONSABLE

DON/DOÑA \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que soy titular del número de identidad que se indica en la presente solicitud; que cumpla los requisitos para el acceso al derecho a la prestación de cese de actividad; que pondré a disposición de la Mutua, 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 mi responsabilidad, 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 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), 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 totalmente/parcialmente (señalar opción) mi actividad como consecuencia directa e inmediata de los siniestros producidos por los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Alto (DANA) entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre, en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
- Que a la fecha del hecho causante (*seleccionar una o varias opciones*):
  - Mi domicilio personal se encuentra entre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
  - Mi domicilio de actividad por cuenta propia se encuentra entre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
  - Que sin que mi domicilio personal o de actividad por cuenta propia se encuentre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, estaba realizando la actividad profesional que desarrollo en alguna de esas localidades.
- 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.
- 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 de la resolución de cese de la actividad.
- Que cuento con la cobertura de la protección por cese de actividad.
- Que en el supuesto en el que cese de actividad sea definitivo, no he cumplido la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o no tengo acreditado el periodo de cotización requerido para ello.
- Que en el supuesto de que el cese de actividad sea definitivo, me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, así como la baja en el censo tributario de empresas y de las licencias o autorizaciones administrativas que mi actividad viniese requiriendo.
- Que en el supuesto en que el cese de la actividad sea parcial temporal, no me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, y preveo, durante el percibo de la prestación, una caída de ingresos del 75% de la actividad de la empresa con relación al mismo periodo del año anterior y que mis ingresos en cada uno de esos meses no alcanzarán el salario mínimo interprofesional o el importe de la base de cotización por la que viniera cotizando si esta fuera inferior.
- En el caso de tener trabajadores a mi cargo, cumpla con las garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral.
- Que no estoy desempeñando ninguna otra actividad por cuenta propia, diferente a la actividad en la que he cesado total o parcialmente la actividad 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 (Ej: incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o lactancia,...).
- En caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, que no percibo ayudas por paralización de la flota.

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

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

**HE SIDO INFORMADO** por Egarsat Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 276 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 prestación, se me reclamarán las cuantías que se determinen como indebidamente abonadas.

**MANIFIESTO Y OTORGO**, mi consentimiento expreso a Egarsat Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 276 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.

Así mismo, doy mi consentimiento expreso a Egarsat Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 276 para que realice de forma telemática al correo electrónico facilitado, todas las comunicaciones relacionadas, tanto en la gestión de la prestación, como en la posterior revisión de la misma, quedando el solicitante obligado a comunicar a la Mutua cualquier modificación de dicho correo electrónico.

**CONFIRMO** los consentimientos anteriores, para que se pueda dar trámite a la prestación solicitada

**SOLICITO**, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación 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.

Firma del interesado

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## 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 o de forma presencial en cualquiera de nuestras oficinas por el solicitante o 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<sup>1</sup>, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente o en formato papel en cualquiera de nuestras oficinas:

1. Solicitud de la prestación junto con la declaración responsable.
2. Copia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras), en caso de disponer de ella<sup>2</sup>.
3. Justificante de titularidad o cotitularidad bancaria.
4. Modelo 145 de comunicación de datos del pagador (IRPF) a excepción del País Vasco y Navarra.

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

1. Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
2. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago.
3. Documentación acreditativa de la imposibilidad para desarrollar la actividad por la que se solicita la prestación.
4. Documentos que acrediten cumplir las condiciones económicas de acceso al cese parcial y temporal (art.331.1.b) LGSS), como podría ser:
  - Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre del año 2023, primer y cuarto trimestre del año 2024, y primer trimestre del año 2025.
  - Libro de Ingresos de octubre a diciembre de 2023 y 2024, y de enero de 2024 y 2025.
  - Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del tercer y cuarto trimestre de 2023 y 2024 y primer trimestre de 2024 y 2025.
5. 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.
6. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
7. Cualquier otra documentación que pueda ser solicitada por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social y que resulte necesaria para acreditar el cumplimiento del derecho a la misma.

### ENVÍA TU SOLICITUD A:

[catadana@egarsat.es](mailto:catadana@egarsat.es)

Para presentarla en formato papel puedes ir a los centros egarsat:  
Consulta tu red de centros egarsat en nuestra web

(\*)<sup>1</sup> Si no dispusiera de alguno de estos documentos en el momento actual, deberá tenerlos a disposición de la Mutua para cuando le sean requeridos

(\*)<sup>2</sup> En caso de no disponer de documentación acreditativa de su identidad, podrá aportar certificado de titularidad bancaria, o cualquier otro medio acreditativo de su identidad válido en derecho.

## ANEXO: LISTADO DE MUNICIPIOS AFECTADOS POR LA DANA RECOGIDOS EN EL REAL DECRETO-LEY 6/2024, DE 5 DE DICIEMBRE

1	Alaquàs.	41	Letur.
2	Albal.	42	Llíria.
3	Albalat de la Ribera.	43	Loriguilla - sólo núcleo urbano junto A3.
4	Alborache.	44	Llocnou de la Corona.
5	Alcàsser.	45	Llaurí.
6	Alcúdia, l'.	46	Llombai.
7	Aldaia.	47	Macastre.
8	Alfafar.	48	Manises.
9	Alfarb.	49	Massanassa.
10	Algemesí.	50	Mira.
11	Alginet.	51	Mislata.
12	Alhaurín de la Torre.	52	Montserrat.
13	Almussafes.	53	Montroi/Montroy.
14	Alzira.	54	Païporta.
15	Benetússer.	55	Paterna.
16	Benifaió.	56	Pedralba.
17	Beniparrell.	57	Picanya.
18	Bétera.	58	Picassent.
19	Bugarra.	59	Polinyà de Xúquer.
20	Buñol.	60	Real.
21	Calles.	61	Requena.
22	Camporrobles.	62	Riba-roja de Túria.
23	Carlet.	63	Riola.
24	Catadau.	64	Sedaví.
25	Catarroja.	65	Siete Aguas.
26	Caudete de las Fuentes.	66	Silla.
27	Corbera.	67	Sinarcas.
28	Quart de Poblet.	68	Sollana.
29	Cullera.	69	Sot de Chera.
30	Chera.	70	Sueca.
31	Cheste.	71	Tavernes de la Valldigna.
32	Xirivella.	72	Torrent.
33	Chiva.	73	Turís.
34	Dos Aguas.	74	Utiel.
35	Favara.	75	València - PEDANÍAS SUR: Faitanar, La Torre, Forn d'Alcedo, Castellar-Oliveral, Pinedo, El Saler, El Perellonet y El Palmar.
36	Fortaleny.		
37	Fuenterrobles.		
38	Gestalgar.	76	Vilamarxant.
39	Godella.	77	Yátova.
40	Guadassuar.	78	Benicull de Xúquer.

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento del Reglamento 2016/679 de la Unión Europea relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que:

<b>Responsable del tratamiento</b>	El responsable del tratamiento de sus datos es <b>EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276</b> , con domicilio social en Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.
<b>Finalidad</b>	Sus datos serán tratados con la finalidad de certificar los datos relativos a la solicitud de prestación por cese de actividad en respuesta ante los daños causados por la depresión aislada en niveles altos (DANA), regulada en el Real Decreto -ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el Real Decreto-ley 7/2024, de 11 de noviembre.
<b>Base de Legitimación</b>	EGARSAT solo procederá al tratamiento de datos personales porque existe, por lo menos, una de las siguientes bases de legitimación del tratamiento: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. En concreto, el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del derecho laboral y de la seguridad y protección social, en la medida en que así lo autoriza la Ley General de la Seguridad Social, R.D.L 8/2015, de 30 de octubre.
<b>Destinatarios</b>	Sus datos podrán ser comunicados por obligación legal a administraciones públicas (por ejemplo: al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social), a entidades bancarias para proceder al cobro de los servicios o pago de prestaciones, y a empresas y profesionales de la salud colaboradores de EGARSAT, únicamente con el propósito de satisfacer las finalidades indicadas. Sus datos también pueden ser cedidos a otras mutuas en cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social (Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, de Colaboración de las Mutuas con la Seguridad Social). Es posible que, en alguna ocasión, para cumplir las finalidades indicadas, sea necesario realizar una transferencia internacional de sus datos más allá de los países del Espacio Económico Europeo.
<b>Criterio de Conservación de los datos</b>	Conservaremos sus datos personales de identificación y administrativos mientras le prestemos cualquier tipo de servicio -a usted o a su empresa- o nos lo preste usted y, por lo menos, durante 5 años después de que finalice la relación con la mutua, en cumplimiento del artículo 16 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Colaboración de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. Los datos de salud que podamos tratar de usted serán conservados en cumplimiento de los plazos de conservación legalmente establecidos en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, salvo que una normativa autonómica prevea uno diferente mayor. Del mismo modo, procederemos a conservar toda aquella documentación que sea necesaria para poder atender cualquier proceso judicial o contingencia prevista, mientras se prevea su utilidad. Para aquellos supuestos en los que es necesario su consentimiento expreso, sus datos se conservarán hasta que solicite su supresión o revoque su consentimiento, salvo en el caso de candidatos que facilitan su currículum, en cuyo caso la información será destruida de forma segura en un plazo máximo de 6 meses.
<b>Derechos</b>	Usted tiene derecho a revocar, en cualquier momento, cualquier consentimiento que nos haya otorgado y a acceder a la información que tenemos de usted, a rectificarla, a suprimirla, a oponerse a su tratamiento, a solicitar la limitación del tratamiento o a pedir la portabilidad de sus datos y a que no se tomen decisiones automatizadas en base a sus datos, incluida la realización de perfiles. Para ello, tan sólo precisa comunicarlo mediante escrito firmado, adjuntando una fotocopia de cualquier documento oficial válido que acredite su identidad (DNI, pasaporte...), dirigido a: <b>EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276</b> - Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona Alternativamente, se puede dirigir a nuestro Delegado de Protección de Datos, que es la persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad. Puede hacerlo a través de <a href="mailto:dpo@egarsat.es">dpo@egarsat.es</a> o mediante carta postal a la atención del Sr. Delegado de Protección de Datos, remitida a la dirección indicada, incluyendo la referencia "DPD - Delegado de Protección de Datos". En caso de ejercicio de derechos por medio de representante, será necesario que la solicitud se acompañe de autorización expresa y copia del DNI, pasaporte o documento oficial equivalente del representante y del representado. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control.
<b>Información adicional</b>	Si no nos facilita los datos solicitados o no presta los consentimientos solicitados, es posible que no se pueda satisfacer su pretensión.