

ACTIVA MUTUA

Señores,

Estoy interesado en conocer los servicios que ACTIVA MUTUA ofrece a los trabajadores autónomos, a las empresas asociadas y a sus empleados.

Es por eso que me pongo en contacto con Ustedes para conocer cómo gestionan las prestaciones para la cobertura de enfermedades comunes y/o accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Les estaría muy agradecido si pudieran enviarme un catálogo con información y/o se pusieran en contacto conmigo; por lo que les invito formal y expresamente.

Agradeciendo la atención recibida y esperando recibir noticias tuyas, les saludo atentamente,

Firma

Sr. /Sra: .....

NIF: .....

Cargo: .....

|                    |           |                    |           |                      |        |          |      |        |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|----------------------|--------|----------|------|--------|
| Empresa            |           | NIF/CIF            |           | Fecha de vencimiento |        |          |      |        |
| Dirección          |           |                    |           | Número               | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| C.P.               | Localidad |                    | Provincia |                      |        |          |      |        |
| CCC Principal      |           | Otros CCC          |           |                      |        |          |      |        |
| Número de la Mutua |           | Nombre de la Mutua |           |                      |        |          |      |        |
| Dirección          |           |                    | C.P.      | Población            |        |          |      |        |

Señores,

Les solicitamos que consideren de baja, en el próximo vencimiento, el Documento de Asociación que tenemos suscrito con esta Mutua para la cobertura del riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal de esta Empresa para la totalidad de centros protegidos.

Con la finalidad de poder efectuar los trámites oportunos y de acuerdo con la normativa legal vigente, según establece la Ley 35/2014 de 26 de Diciembre, esperamos nos envíen la certificación de cese en calidad de asociados a esta Mutua en el plazo de 10 días a partir de la fecha de recepción de este escrito.

Con la confianza de vernos complacidos, les saludamos atentamente,

Firma y sello de la Empresa

Sr./Sra.: .....

NIF: .....

Cargo: .....

....., a ..... de ..... de 20.....

**PROTECCIÓN DE DATOS.** - A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E. del 14-12-1999), de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994. Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 15/1999.

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL MODELO

### GENERALES

- El documento deberá cumplimentarse a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras.
- Los espacios sobre fondo gris deben cumplimentarse por la Administración de la Seguridad Social.

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE (se cumplimentará en todos los casos)

- 1.1 Apellidos y Nombre:** se indicarán los apellidos y el nombre completos del trabajador/a solicitante del alta/baja o variación de datos.
- 1.2 Número de Seguridad Social (N.S.S.):** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del trabajador/a.
- 1.3 Grado de discapacidad:** si el trabajador/a es discapacitado, indíquese el grado de discapacidad.
- 1.4 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 1.5 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el número del documento identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 1.6 Domicilio:** se hará constar el domicilio y teléfono de residencia habitual del interesado/a. Las denominaciones del nombre de la vía pública y del municipio/entidad de ámbito territorial inferior al municipio se anotarán completas.
- 1.7 Datos Telemáticos:** La anotación de estos datos supone la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

### 2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

- 2.1 Causa de la Baja/Variación de datos:** si se trata de una solicitud de **Baja**, indicar la causa de dicha Baja.  
En el supuesto de **Variación de datos** indicar brevemente la causa de la misma, reflejando además dicha variación en el apartado/s correspondiente/s de la solicitud. El resto de los apartados no se cumplimentarán, excepto, a efectos identificativos: apellidos y nombre, Número de Documento Identificativo y Número de Seguridad Social.
- 2.2 Documento Nacional de Identidad (D.N.I.), Número de Seguridad Social (N.S.S.), Código de Identificación Fiscal (C.I.F.) o Código de Cuenta de Cotización (C.C.C.) del sucesor/a de la actividad:** se anotará, en su caso, el identificador del sucesor/a o continuador/a del negocio o explotación comercial.

### 3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

- 3.1 Actividad económica/Colegio Profesional:** Se indicará la actividad/es económica/s a la que se dedica el trabajador/a autónomo y, en su caso, si el trabajador/a para el ejercicio de su actividad necesita estar colegiado con carácter obligatorio, el Colegio Profesional en que se encuentra colegiado, en este caso se marcará con "X" el apartado correspondiente del punto 3.5.
- 3.2 I.A.E. -IMPUESTO DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS-** Se consignará la clave del citado impuesto.
- 3.3 Nombre Comercial:** Si el negocio o explotación comercial en la que desarrolla su actividad el trabajador/a tiene un nombre comercial o anagrama, se anotará el mismo.
- 3.4 Domicilio:** Se indicará el domicilio y teléfono en donde se realiza la actividad. Si por las características de la misma no existiese domicilio de desarrollo de la actividad, dejará este apartado en blanco.
- 3.5 Se marcará con "X" si el trabajador/a está comprendido en alguno de los supuestos indicados.**
  - FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN: Se cumplimentará necesariamente el apartado 8 de la segunda hoja del modelo.
  - RELIGIOSO/A: Se cumplimentará necesariamente el apartado 9 de la segunda hoja del modelo.
  - AUTÓNOMO/A INTEGRADO/A EN UN COLEGIO PROFESIONAL: Se reflejará en el apartado 3.1 el nombre del Colegio Profesional.
  - MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN DE UNA SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA Y FAMILIAR DE SOCIO DE SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA: Se cumplimentarán, asimismo, los apartados 11 y 12 de la segunda hoja del modelo.
  - TRABAJADOR/A DE TEMPORADA: En el supuesto de que el solicitante prevea con antelación el cese en la actividad que motiva la solicitud de alta se consignará la fecha prevista de tal cese. La cumplimentación de este apartado no exime de la obligación de solicitar la baja en el Régimen Especial en el plazo de seis días siguientes al cese en la actividad.
  - MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO, DESPUÉS DE MATERNIDAD: Se indicará si se trata de trabajadora que haya cesado en su actividad por cuenta ajena o propia, en razón de la maternidad y disfrutando del periodo de descanso correspondiente, vuelva a realizar una actividad por cuenta propia, y solicita el alta en este régimen, en el plazo máximo de dos años siguientes a la fecha del parto.
  - TRABAJADOR AUTÓNOMO ECONÓMICAMENTE DEPENDIENTE: Se cumplimentará necesariamente del apartado 12 de la segunda hoja del modelo los datos CCC, CIF/NIF, Número de Seguridad Social y Nombre y Apellidos.
  - TRABAJADOR AGRARIO. Se cumplimentará además la hoja tercera de este modelo para la inclusión en el Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios.
- 3.6 Se marcará con "X" si el trabajador/a está incluido en alguno de los tipos de sociedad siguientes.**
  - COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO: Se cumplimentarán, asimismo, los apartados 10 y 12 de la segunda hoja del modelo.
  - SOCIEDAD COLECTIVA O COMANDITARIA: Se cumplimentará, además, el apartado 12 de la segunda hoja del modelo.
  - COMUNIDAD DE BIENES O SOCIEDAD CIVIL: Se cumplimentará, además, el apartado 12 de la segunda hoja del modelo.
  - SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA: Se cumplimentarán, asimismo, los apartados 11 y 12 de la segunda hoja del modelo.
  - NUEVA EMPRESA: Se cumplimentarán asimismo, los apartados 11 y 12 de la segunda hoja del modelo.
- 3.7 Actividad económica de la sociedad:** En el caso de autónomos miembros de cualquier tipo de sociedad se indicará en este apartado la actividad económica desarrollada por la sociedad, con independencia de la actividad concreta que realice el propio trabajador dentro de la citada sociedad.
- 3.8 I.A.E. -IMPUESTO DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS-** Se consignará la clave del citado impuesto correspondiente a la sociedad.

## 4. OPCIONES

### 4.1 OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

Se marcará con "X" la base de cotización elegida para efectuar el ingreso de cuotas: la mínima, la máxima o una intermedia entre cualquiera de éstas. En el último caso -base intermedia- se consignará la base de cotización elegida.

- La base máxima o mínima por la que se puede optar serán las vigentes en el momento de solicitar el alta.
- En el supuesto de que en el momento del alta el trabajador/a tenga cumplida la edad de 50 ó más años, la base máxima será la específicamente establecida para esta circunstancia.
- Las variaciones de la base de cotización se solicitarán a través del modelo TC.4005.
- Los trabajadores por cuenta propia o autónomos que estén cotizando por cualquiera de las bases máximas de este Régimen Especial podrán solicitar que, mientras mantengan su situación de alta, su base de cotización se incremente en el mismo porcentaje en que se aumenten dichas bases máximas.
- Los trabajadores por cuenta propia o autónomos que no estén cotizando por cualquiera de las bases máximas podrán solicitar que, mientras mantengan su situación de alta, su base de cotización se incremente automáticamente en el mismo porcentaje en que se aumenten las bases máximas de cotización en este Régimen Especial. En ningún caso la base de cotización elegida podrá ser superior al tope máximo de cotización que pudiera afectar al trabajador.
- Cualquiera de las opciones anteriores que se ejercite simultáneamente con el alta en este Régimen Especial o, posteriormente al alta, antes del día primero de octubre de cada año, tendrá efectos desde el día 1 de enero del año siguiente a la fecha de la solicitud. La renuncia a esta opción se podrá realizar en el mismo plazo y tendrá efecto desde el 31 de diciembre del año en el que se presente la solicitud.

### 4.2, 4.3 Y 4.4 MUTUA DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y OPCIONES DE AT/EP Y CA

El apartado 4.2 se cumplimentará en todos los casos. Se indicará el nombre de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Esta será la que cubra los riesgos, en el caso de quedar incluidos de forma obligatoria, por cualquier causa.

El apartado 4.3 se marcará con "X" si se acoge o se renuncia a la cobertura de las contingencias profesionales y/o a la cobertura por cese de actividad. Únicamente puede optarse por la cobertura de las contingencias profesionales y/o a la cobertura del cese de actividad si ha optado por acogerse a la cobertura de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.

En el apartado 4.4 si el trabajador en el momento de solicitar el alta, se encuentra en situación de pluriactividad con derecho a la cobertura de Incapacidad Temporal, puede acogerse voluntariamente a la cobertura de la misma en este régimen.

### 5. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

Se indicarán el nombre y apellidos completos del representante, y los números de identificación y de Seguridad Social.

### 6. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Se marcará con una "X" la opción elegida.

### 7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTA

Mediante la domiciliación del pago de cuotas la Tesorería General de la Seguridad Social efectuará una orden de adeudo a su Banco o Caja para el pago de sus cotizaciones en período voluntario.

Esta domiciliación sólo es válida para el pago de las cotizaciones en período voluntario y regularizaciones por variación de los tipos o bases reglamentarios, nunca para el pago de atrasos.

Su Banco o Caja le adeudará el importe en la cuenta por Vd. Indicada, siendo el último día del mes la fecha en la cual precisa tener la provisión necesaria de fondos.

La Tesorería General de la Seguridad Social le informará del primer mes que le será adeudado en cuenta, estando Vd. obligado al pago de las cuotas mensuales anteriores a tal mes mediante el boletín de cotización correspondiente que le será suministrado por la Tesorería General de la Seguridad Social.

### 12. IDENTIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD

Si la sociedad está inscrita en la Seguridad Social y en consecuencia, tiene asignado código de cuenta de cotización principal, se indicará el C.C.C. Principal, código de identificación fiscal y razón social de la misma.

Si la sociedad no está inscrita en la Seguridad Social se indicará el código de identificación fiscal, razón social y datos de constitución de la misma, si se trata de una sociedad que deba inscribirse en registros de carácter mercantil. En caso contrario, únicamente se anotará el código de identificación fiscal y la razón social.

### 13. DECLARACIONES DEL TRABAJADOR/A AGRARIO POR CUENTA PROPIA

Se cumplimentará con "Si" ó "No" en la casilla correspondiente.

**Explotación Agraria:** Se entiende por explotación agraria a estos efectos el conjunto de bienes y derechos organizados por su titular en el ejercicio de la actividad agraria, y que constituye por sí misma una unidad técnico-económica.

**Actividades complementarias:** Se consideran actividades complementarias a las agrarias las siguientes:

- Participación y presencia del titular de la explotación agraria, como consecuencia de elección pública, en Instituciones de carácter representativo, así como en órganos de carácter sindical, cooperativo o profesional, siempre que se hallen vinculados al sector agrario.
- Actividades de transformación y venta directa de los productos de su explotación y las relacionadas con la conservación del espacio natural y protección del medio ambiente, al igual que las turísticas, cinegéticas y artesanales realizadas en su explotación.

### 14. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES Y PROFESIONALES

Se marcará con "X" si se acoge o se renuncia a la cobertura de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes y profesionales.

Si opta por acogerse a la cobertura de la Incapacidad Temporal debe indicarse el nombre de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

- **Documento identificativo del/de la solicitante**, (Documento Nacional de Identidad, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte, según el caso). En el supuesto de variaciones de datos contenidos en el anterior documento, se deberá presentar el original que acredite tal variación.
- **Original y copia del permiso de trabajo o certificación de la excepción al citado permiso, en las altas de trabajadores de nacionalidad extranjera que precisen tal permiso de trabajo.**
- **Original y copia de cualquier documento o medio de prueba determinante de la procedencia del alta, baja o variación de datos solicitados**, entre los cuales podrán encontrarse alguno o algunos de los siguientes documentos:
  - \* Si se trata de un trabajador/a autónomo distinto a los colaboradores familiares de titulares de explotaciones o religiosos de la Iglesia Católica, comunicación de inicio de actividad en la Declaración Censal de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o justificante de haber abonado cualquier otro impuesto por la actividad desempeñada o certificación de no abonar dichos impuestos por estar exento de los mismos.
  - \* Si se trata de un trabajador autónomo colaborador familiar de titulares de explotaciones, justificante de la relación de parentesco entre el solicitante y el titular de la explotación (Libro de familia).
  - \* Si se trata de un trabajador/a familiar del socio de una Sociedad Mercantil Capitalista, justificante de la relación de parentesco entre el solicitante y el titular de la explotación (Libro de familia) y de la convivencia entre ambos.
  - \* Si se trata de un trabajador/a autónomo discapacitado, documento que acredite el grado de discapacidad y, en su caso, resolución de la Administración competente por la que se aprueba el proyecto de autoempleo.
  - \* Licencias, permisos o autorizaciones administrativas, que sean necesarios para la actividad de que se trate.
  - \* Documentación que acredite que el solicitante ostenta la titularidad de cualquier empresa individual o familiar o de un establecimiento abierto al público como propietario/a, arrendatario/a, usufructuario/a u otro concepto análogo o documento acreditativo del cese en dicha titularidad.
- **Si se trata de un trabajador/a autónomo socio de una sociedad inscrita, o no, en la Seguridad Social, original y copia del documento de constitución de la sociedad, debidamente inscrita en el Registro que, en cada caso, corresponda; en el supuesto de componentes de Comunidades de Bienes o Sociedades Civiles, el contrato suscrito por los comuneros o socios.**

## AVISO IMPORTANTE

Conforme a la Orden ESS/484/2013 en relación con la Orden ESS/785/2013, ambas de 26 de marzo, si simultáneamente es titular de un Código de Cuenta de Cotización, queda obligado a RED y a Notificación Telemática a través de la Sede Electrónica <https://sede.seg-social.gob.es>



TA.0521/1 (Hoja 1/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD SIMPLIFICADA DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE, 1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, FECHA DE NACIMIENTO, 1.3 GRADO DE DISCAPACIDAD, 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.6 DOMICILIO, 1.7 DATOS TELEMATÍCOS

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS, 2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS, 2.2 D.N.I./N.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL, 3.2 I.A.E., CNAE 2009, 3.3 NOMBRE COMERCIAL, 3.4 DOMICILIO, 3.5 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES Y DE LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

5. OTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE, 5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6), DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4), OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA)

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN), TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FIRMA DEL TRABAJADOR/A, FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE, DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD, DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/1 (Hoja 1/2) (12-01-2015)



TA.0521/1 (Hoja 1/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

|                      |                                    |                                     |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS   | NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                |

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA  BASE MÁXIMA  OTRA BASE

SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

4.2. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA Nº  NOMBRE

4.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES] Y/O CESE DE ACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

|                 |                          |  |                  |                          |  |
|-----------------|--------------------------|--|------------------|--------------------------|--|
| <b>ACOGERSE</b> | <input type="checkbox"/> | A la cobertura de las contingencias profesionales. | <b>RENUNCIAR</b> | <input type="checkbox"/> | A la cobertura de las contingencias profesionales. |
|                 | <input type="checkbox"/> | A la cobertura de cese de actividad.               |                  | <input type="checkbox"/> | A la cobertura de cese de actividad.               |

4.4. OPCIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

**ACOGERSE** a la cobertura de la Incapacidad Temporal

**NO ACOGERSE** a la cobertura de la Incapacidad Temporal

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

|   |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO DE VÍA   | NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA | BLOQUE               | NÚM.                 | BIS                  | ESCAL.               | PISO                 | PUERTA               | CÓD. POSTAL          |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO |                          | PROVINCIA            |                      |                      | TELÉFONO             |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  |                          | <input type="text"/> |                      |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| APARTADO DE CORREOS   |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  |                          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



RESGUARDO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A
APELIDOS Y NOMBRE
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS
FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

TA.0521/1 (Resguardo) (12-01-2015)



PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación.



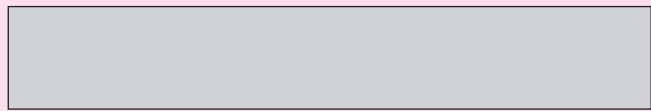
SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta propia, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A
APELIDOS Y NOMBRE
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS
FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

TA.0521/1 (Subsanación) (12-01-2015)

De conformidad con lo establecido en el art. 71 de la Ley 30/1992, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.



Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.

PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación.

