

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA HOJA ADICIONAL

### 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.

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

- Nombre y apellidos:** se indicarán el nombre y los apellidos del trabajador/a solicitante del alta/baja o variación de datos.
- Número de Seguridad Social (N.S.S.):** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del trabajador/a.
- Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.

### 1. ACTIVIDADES POR CUENTA PROPIA REALIZADAS POR EL TRABAJADOR/A DISTINTAS DE LAS QUE SE INDICA EN EL ALTA

- 1.1 Actividad económica:** Se indicará la actividad/es a la que se dedica el trabajador/a autónomo y distintas de aquella por la que figura de alta como trabajador/a por cuenta propia o autónomos.
- 1.2 I.A.E.:** Se consignará la clave de Impuesto de Actividades Económicas relativa a la actividad.
- 1.3 Fecha de inicio de la actividad:** Se consignará la fecha (día, mes y año) desde cuando se inicia la correspondiente actividad.
- 1.4 Fecha de cese de la actividad:** Se consignará la fecha (día, mes y año) desde la que se deja de ejercer la actividad.

### 2. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

- Se marcará con "X" si se acoge o se renuncia a la cobertura de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes.
- Si opta por acogerse a la cobertura de la Incapacidad Temporal debe indicarse el nombre de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Opción obligatoria salvo en pluriactividad con alta en la Seguridad Social o de alta en el Sistema Especial de Trabajadores Agrarios Cuenta Propia.

### 3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES] M/C 7 C 6 9 F H I F 5 G 8 9 7 9 G 9 8 9 5 7 H J 8 5 8

- Se marcará con "X" si se acoge o se renuncia a la cobertura de las contingencias profesionales y/o a la cobertura de cese de actividad. Únicamente puede optarse por la cobertura de las contingencias profesionales o del cese de actividad si ha optado por acogerse a la cobertura de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.
- La opción respecto de la cobertura de contingencias profesionales es obligatoria para Trabajadores Autónomos dependientes o con CNAE de mayor riesgo (según normativa).



**TA.0521 (Hoja ADICIONAL)**

Registro de presentación

Registro de entrada

**DECLARACIÓN DE INICIO O CESE DE ACTIVIDADES DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS**

ESTA HOJA ADICIONAL ÚNICAMENTE DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EN EL SUPUESTO DE QUE EL SOLICITANTE REALICE MÁS DE UNA ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA

**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"/>

**1. ACTIVIDADES POR CUENTA PROPIA REALIZADAS POR EL TRABAJADOR/A DISTINTAS DE LA QUE SE INDICA EN EL ALTA**

1.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA	1.2 I.A.E.	CNAE 2009	1.3 FECHA DE INICIO ACTIVIDAD	1.4 FECHA DE CESE ACTIVIDAD
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>

**2. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES**

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

**ACOGERSE** a la cobertura de Incapacidad Temporal por contingencias comunes  
El abono de la cobertura se concierta con la MUTUA Nº  NOMBRE

**RENUNCIAR** a la cobertura de Incapacidad Temporal por contingencias comunes

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

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

**ACOGERSE**  A la cobertura de las contingencias profesionales.  
 A la cobertura de cese de actividad.

**RENUNCIAR**  A la cobertura de las contingencias profesionales.  
 A la cobertura de cese de actividad.

**4. 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"/>								

FIRMA DEL TRABAJADOR/A SOLICITANTE

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