

## INSTRUCCIONS PER A EMPLENAR EL FULL ADDICIONAL

### GENERALS

- El document s'ha d'emplenar a màquina o amb lletres majúscules, sense esmenes ni ratllades.
- Els espais sobre fons gris han de ser emplenats per l'Administració de la Seguretat Social.

### DADES DEL SOL·LICITANT (s'han d'emplenar en tots els casos)

**Cognoms i nom:** indiqueu en este apartat el nom i els cognoms del treballador/a sol·licitant de l'alta, de la baixa o de la variació de dades.

**Número de la Seguretat Social (NSS):** anoteu en este apartat el número de la Seguretat Social o el número d'afiliació del treballador/a.

**Document nacional d'identitat** -DNI-, targeta d'estranger o passaport.

### 1. ACTIVITATS PER COMPTE PROPI FETES PEL TREBALLADOR/A DISTINTES DE LA QUE S'INDICA EN L'ALTA

**1.1. Activitat econòmica:** indiqueu en este apartat l'activitat o les activitats a què es dedica el treballador/a autònom i que siguin distintes de l'activitat per la qual figura en situació d'alta com a treballador/a per compte propi o autònom.

**1.2. IAE:** consigneu en este apartat la clau de l'impost d'activitats econòmiques relativa a l'activitat.

**1.3. Data d'inici de l'activitat:** consigneu en este apartat la data (dia, mes i any) a partir de la qual comence l'activitat corresponent.

**1.4. Data de cessament de l'activitat:** consigneu en este apartat la data (dia, mes i any) a partir de la qual es deixe d'exercir l'activitat.

### 2. OPCIÓ RESPECTE DE LA COBERTURA D'INCAPACITAT TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGÈNCIES COMUNES

Indiqueu amb una X si vos acolliu o renuncieu a la cobertura de la incapacitat temporal per contingències comunes.

Si opteu per acollir-vos la cobertura de la incapacitat temporal, heu d'indicar el nom de la Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social. Opció obligatòria excepte en pluriactivitat amb alta en la Seguretat Social o d'alta en el sistema especial de treballador agrari per compte propi.

### 3. OPCIÓ RESPECTE DE LA COBERTURA DE LES CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS (ACCIDENTS DE TREBALL I MALALTIES PROFESSIONALS) O COBERTURA DE CESSAMENT D'ACTIVITAT

Indiqueu amb una X si vos acolliu o renuncieu a la cobertura de les contingències professionals o a la cobertura de cessament d'activitat. Únicament es pot optar per la cobertura de les contingències professionals, o del cessament d'activitat, si s'ha optat per acollir-se a la cobertura d'Incapacitat Temporal per contingències comunes.

L'opció respecte de la cobertura de les contingències professionals és obligatòria per a Treballadors Autònoms dependents o amb CNAE de més risc (segons la normativa).



# TA.0521-V (Full adicional)

Registre de presentació

Registre d'entrada

## DECLARACIÓ D'INICI O DE CESSAMENT D'ACTIVITATS DEL RÈGIM ESPECIAL DE LA SEURETAT SOCIAL DELS TREBALLADORS PER COMPTE PROPI O AUTÒNOMS

ESTE FULL ADDICIONAL NOMÉS S'HA D'EMPLENAR EN EL CAS QUE EL SOL·LICITANT FAÇA MÉS D'UNA ACTIVITAT PER COMPTE PROPI

### DADES DEL SOL·LICITANT

NOM I COGNOMS	NÚMERO DEL DOCUMENT IDENTIFICADOR	NÚMERO DE LA SEURETAT SOCIAL (NSS)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1. ACTIVITATS PER COMPTE PROPI FETES PEL TREBALLADOR/A DISTINTES DE LA QUE S'INDICA EN L'ALTA

1.1. ACTIVITAT ECONÒMICA	1.2. IAE	CNAE 2009	1.3. DATA D'INICI DE L'ACTIVITAT	1.4. DATA DE CESSAMENT DE L'ACTIVITAT
<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. OPCIÓ RESPECTE DE LA COBERTURA PER INCAPACITAT TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGÈNCIES COMUNES

SOL·LICITA (poseu una X en l'opció correcta):

**ACOLLIR-SE** a la cobertura d'incapacitat temporal per contingències comunes  
L'abonament de la cobertura es concerta amb la MÚTUA n.  NOM

**RENUNCIAR** a la cobertura d'Incapacitat Temporal per contingències comunes

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

SOL·LICITA (poseu una X en l'opció correcta):

**ACOLLIR-SE**  A la cobertura de les contingències professionals  **RENUNCIAR**  A la cobertura de les contingències professionals

A la cobertura de cessament d'activitat  A la cobertura de cessament d'activitat

### 4. PEL QUE FAA NOTIFICACIONS, INDICA COM A DOMICILI PREFERENT UN DOMICILI DISTINT DEL DE RESIDÈNCIA O DEL DE L'ACTIVITAT ECONÒMICA

TIPUS DE VIA	NOM DE LA VIA PÚBLICA	BLOC	NÚM.	BIS	ESCALA	PIS	PORTA	CODI 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"/>
DOMICILI MUNICIPI O ENTITAT D'ÀMBIT TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPI		PROVÍNCIA			TELÈFON			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
APARTAT DE CORREUS								
<input type="text"/>								

FIRMA DEL TREBALLADOR/A SOL·LICITANT

ATENCIÓ: En les comunitats autònomes amb llengua cooficial, este imprés està a la vostra disposició redactat en l'altra llengua oficial.