



TA.0521/5 (Hoja 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS O MIEMBROS DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTILES CAPITALISTAS-

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Form fields for applicant data: 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 Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.6 DOMICILIO, 1.7 DATOS TELEFONICOS.

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

Form fields for application details: 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

Form fields for professional activity: 3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL, 3.2 I.A.E., CNAE 2009, 3.3 NOMBRE COMERCIAL, 3.5 MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO DESPUÉS DE MATERNIDAD, 3.4 DOMICILIO, 3.6 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS.

IDENTIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA

Form fields for company identification: C.C.C. PRINCIPAL, C.I.F., RAZÓN SOCIAL, DATOS DE LA CONSTITUCIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA SOCIEDAD.

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

Form fields for other data: 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)

Form fields for preferred domicile: DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6), DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4), OTRO DOMICILIO, DOMICILIO details.

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

Form fields for payment details: CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN), TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO.

Signature and notification fields: FIRMA DEL TRABAJADOR/A, FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE, DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA.

Final administrative fields: 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.0521/5 (Hoja 1/3) (12-01-2015)



# TA.0521/5 (Hoja 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

## DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

## 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):

**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.

### 4.4. 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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



TA.0521/5 (Hoja 3/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DECLARACIÓN

-RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS- SOCIO/A, FAMILIAR DE SOCIO/A O MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA

DATOS DEL SOLICITANTE

Formulario con campos para NOMBRE Y APELLIDOS, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO y NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

8. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE ALTA

D./Dña.: \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ y N.S.S. \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_, representante legal de la SOCIEDAD \_\_\_\_\_, con C.I.F. \_\_\_\_\_ y C.C.C. PRINCIPAL \_\_\_\_\_

DECLARA que D./Dña. \_\_\_\_\_ ES SOCIO TRABAJADOR -o en su caso- FAMILIAR DE SOCIO/A /MIEMBRO DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN de esta SOCIEDAD MERCANTIL, cuyos datos identificativos constan en esta solicitud y ha INICIADO la prestación de servicios remunerados, o los servicios de dirección y/o gestión, para la citada SOCIEDAD con fecha \_\_\_\_\_.

Asimismo, DECLARA que: (marque con "X" el/los apartados que procedan)

- EL SOCIO POSEE ACCIONES O PARTICIPACIONES DE ESTA SOCIEDAD QUE SUPONEN UN PORCENTAJE DEL \_\_\_\_\_ SOBRE EL CAPITAL SOCIAL.
LA MITAD DEL CAPITAL SOCIAL ESTÁ DISTRIBUIDO ENTRE SOCIOS, A QUIENES EL TRABAJADOR AL QUE CORRESPONDE ESTA SOLICITUD SE ENCUENTRA UNIDO POR VÍNCULO CONYUGAL O DE PARENTESCO HASTA EL SEGUNDO GRADO Y CONVIVE CON ELLOS.
EL SOCIO TIENE ATRIBUIDO EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GERENCIA Y DIRECCIÓN DE LA SOCIEDAD.

EL MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN LO ES EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_ SEGÚN RESULTA DE ESCRITURA OTORGADA EN FECHA \_\_\_\_\_ ANTE EL NOTARIO \_\_\_\_\_ CON EL NÚMERO DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_.

FIRMA Y SELLO

9. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE BAJA

D./Dña.: \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ y N.S.S. \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_, representante legal de la SOCIEDAD \_\_\_\_\_, con C.I.F. \_\_\_\_\_ y C.C.C. PRINCIPAL \_\_\_\_\_

DECLARA que D./Dña. \_\_\_\_\_ HA SIDO SOCIO TRABAJADOR -o en su caso- FAMILIAR DE SOCIO/A /MIEMBRO DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN de esta SOCIEDAD MERCANTIL, cuyos datos identificativos constan en esta solicitud y ha CESADO la prestación de servicios remunerados, o los servicios de dirección y/o gestión, para la citada SOCIEDAD con fecha \_\_\_\_\_.

Asimismo, DECLARA que: (marque con "X" el/los apartados que procedan)

- EL SOCIO POSEE ACCIONES O PARTICIPACIONES DE ESTA SOCIEDAD QUE SUPONEN UN PORCENTAJE DEL \_\_\_\_\_ SOBRE EL CAPITAL SOCIAL.
LA MITAD DEL CAPITAL SOCIAL ESTÁ DISTRIBUIDO ENTRE SOCIOS, A QUIENES EL TRABAJADOR AL QUE CORRESPONDE ESTA SOLICITUD SE ENCUENTRA UNIDO POR VÍNCULO CONYUGAL O DE PARENTESCO HASTA EL SEGUNDO GRADO Y CONVIVE CON ELLOS.
EL SOCIO TIENE ATRIBUIDO EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GERENCIA Y DIRECCIÓN DE LA SOCIEDAD.

EL MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN LO ES EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_ SEGÚN RESULTA DE ESCRITURA OTORGADA EN FECHA \_\_\_\_\_ ANTE EL NOTARIO \_\_\_\_\_ CON EL NÚMERO DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_.

FIRMA Y SELLO

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

