

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A FOLLA ADICIONAL

XERAIS

- O documento deberase cubrir a máquina ou con letras maiúsculas, sen emendas nin riscaduras.
- Os espazos sobre fondo gris deben cubrirse pola Administración da Seguridade Social.

DATOS DO SOLICITANTE (cubrirase en todos os casos)

Nome e apelidos: indícanse o nome e os apelidos do traballador/a solicitante do alta/baixa ou variación de datos.

Número de Seguridade Social (NSS): anótase o número de Seguridade Social ou número de afiliación do traballador/a.

Documento nacional de identidade -DNI-, tarxeta de estranxeiro ou pasaporte.

1. ACTIVIDADES POR CONTA PROPIA REALIZADAS POLO TRABALLADOR/A DISTINTAS DA QUE SE INDICA NA ALTA

1.1 Actividade económica: indícanse a actividade/es á que se dedica o traballador/a autónomo e distintas daquela pola que figura de alta como traballador/a por conta propia ou autónomo.

1.2 IAE: consígnase a clave de Imposto de Actividades Económicas relativa á actividade.

1.3 Data de inicio da actividade: consígnase a data (día, mes e ano) dende cando se inicia a correspondente actividade.

1.4 Data de cesamento da actividade: consígnase a data (día, mes e ano) dende a que se deixa de exercer a actividade.

2. OPCIÓN RESPECTO DA COBERTURA DE INCAPACIDADE TEMPORAL DERIVADA DE CONTINXENCIAS COMÚNS

Marcarase con "X" se se acolle ou se renuncia á cobertura da Incapacidade Temporal por continxencias comúns.

Se opta por acollerse á cobertura da incapacidade temporal debe indicarse o nome da Mutua Colaboradora coa Seguridade Social. Opción obrigatoria salvo en pluriactividade con alta na Seguridade Social ou de alta no Sistema Especial de Traballadores Agrarios Conta Propia.

3. OPCIÓN RESPECTO DA COBERTURA DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS [ACCIDENTES DE TRABALLO E ENFERMIDADES PROFESIONAIS] E/OU COBERTURA DE CESAMENTO DE ACTIVIDADE

Marcarase con "X" se se acolle ou se renuncia á cobertura das continxencias profesionais e/ou á cobertura de cesamento de actividade. Unicamente pode optarse pola cobertura das continxencias profesionais, ou do cesamento de actividade se optou por acollerse á cobertura de incapacidade temporal por continxencias comúns.

A opción respecto da cobertura das continxencias profesionais é obrigatoria para Traballadores Autónomos dependentes ou con CNAE de maior risco (segundo a normativa).



TA.0521-G (Folla ADICIONAL)

Registro de presentación

Registro de entrada

DECLARACIÓN DE INICIO OU CESAMENTO DE ACTIVIDADES DO RÉXIME ESPECIAL DA SEGURIDADE SOCIAL DOS TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS

ESTA FOLLA ADICIONAL UNICAMENTE SE DEBERÁ CUBRIR NO SUPOSTO DE QUE O SOLICITANTE REALICE MÁIS DUNHA ACTIVIDADE POR CONTA PROPIA

DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (N.S.S.)

1. ACTIVIDADES POR CONTA PROPIA REALIZADAS POLO TRABALLADOR/A DISTINTAS DA QUE SE INDICA NA ALTA

1.1 ACTIVIDADE ECONÓMICA	1.2 IAE	CNAE 2009	1.3 DATA DE INICIO ACTIVIDADE	1.4 DATA DE CESAMENTO ACTIVIDADE
<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 DA COBERTURA POR INCAPACIDADE TEMPORAL DERIVADA DE CONTINXENCIAS COMÚNS

SOLICITA (Marque cunha "X" o que proceda):

ACOLLERSE á cobertura de incapacidade temporal por continxencias comúns
O aboamento da cobertura concértase coa MUTUAN.º NOME

RENUNCIAR á cobertura de Incapacidade Temporal por continxencias comúns

3. OPCIÓN RESPECTO DA COBERTURA DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS [ACCIDENTES DE TRABALLO E ENFERMIDADES PROFESIONAIS] E/OU COBERTURA DE CESAMENTO DE ACTIVIDADE

SOLICITA (Marque cunha "X" o que proceda):

ACOLLERSE Á cobertura das continxencias profesionais. Á cobertura de cesamento de actividade.

RENUNCIAR Á cobertura das continxencias profesionais. Á cobertura de cesamento de actividade.

4. PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS SINALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DO DE RESIDENCIA OU DO DA ACTIVIDADE ECONÓMICA

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PORTA CÓD. POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

DOMICILIO

APARTADO DE CORREOS

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A SOLICITANTE

ADVERTENCIA: Nas comunidades autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.