

DOCUMENTO DE PROPOSICIÓN DE ADHESIÓN PARA LA COBERTURA DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

DOCUMENTO DE ADHESIÓN Nº

Nº AFILIACIÓN S.S.

EFFECTOS: Cero horas del día

NIA

RÉGIMEN S.S.

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

NIF

FECHA NACIMIENTO

SEXO

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

TELÉFONO

DATOS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA

CNAE

ACTIVIDAD

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

TELÉFONO

Formaliza con la Mutua la cobertura de subsidio por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes en los términos y condiciones establecidos en la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, así como en lo dispuesto en el Capítulo III, del Título II, del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

TRATAMIENTO DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, SOLIMAT Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación Mutua-Adherido. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento.

De igual manera, **autoriza expresamente** a SOLIMAT Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 para:

**Remitirles por cualquier medio información sobre jornadas, eventos o actividades realizadas por Solimat o terceros que pudieran ser de su interés, ya sea por vía telefónica, a través del correo postal ordinario, fax o a través del correo electrónico u otros medios electrónicos equivalentes (SMS/MMS, Whatsapp), inclusive una vez extinguida la relación con nuestra mutua.**

SI ☐ NO ☐

Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, CL. BERNA, 1 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos en [lpd@solimat.com](mailto:lpd@solimat.com) o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72

Firma del trabajador por cuenta propia



Conforme

Firma

## **EFFECTO DE LA ADHESIÓN**

La adhesión a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, mediante la firma del presente documento, es a los solos efectos de la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, en los términos y condiciones que resulten de la normativa de aplicación sin que por esta sola circunstancia se adquiera la condición de asociado o mutualista de la entidad.

## **RECONOCIMIENTO Y PAGO DE PRESTACIONES**

La Mutua asume el reconocimiento y el pago de la prestación económica por incapacidad temporal del trabajador adherido en virtud del presente documento, en la cuantía y demás condiciones establecidas en el Régimen de la Seguridad Social en que está encuadrado.

En todo caso será requisito indispensable para el reconocimiento del derecho a la prestación que el interesado acredite ante la Mutua hallarse al corriente de pago de las cuotas de la Seguridad Social.

En los supuestos de baja en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente se mantendrá el percibo de la prestación que se viniese recibiendo, hasta que se produzca una causa legal de extinción.

## **OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR**

El trabajador habrá de cumplir las obligaciones que respecto a cotización, documentación, información y otras análogas se deriven del Régimen de Seguridad Social correspondiente, de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, y de lo dispuesto en el Capítulo III, del Título II, del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

## **COTIZACIÓN**

La cuota o parte de cuota correspondiente a la cobertura concertada se ingresará conjuntamente con el resto de las cuotas de la Seguridad Social en el plazo, lugar y forma establecidos por la norma de aplicación.

## **VIGENCIA**

El presente documento tendrá como plazo de vigencia lo que estipule en cada momento la normativa legal. La finalización del contrato será el 31 de diciembre de cada año, y se entenderá prorrogado tácitamente por el mismo período, salvo denuncia expresa formulada por el interesado y debidamente notificada a la Mutua, antes del 1 de octubre del ejercicio anterior al que haya que surtir efectos la renuncia de la cobertura de la incapacidad temporal, o el cambio para dicha cobertura.

No obstante, en el caso de denuncia para cambiar de entidad y en el supuesto de que el interesado se encuentre en baja por incapacidad temporal, se mantendrá su vigencia, sin perjuicio de que pueda formularse la correspondiente denuncia antes del día 1 de octubre del ejercicio siguiente y con efectos de 1 de enero posterior, siempre que en el momento de formularla, el trabajador se encuentre de alta.

Asimismo, si a la fecha en que habrá de producirse la extinción de sus efectos el interesado se encontrase en situación de baja por incapacidad temporal, dicha extinción se demorará al día 1 del mes siguiente a aquél en que se produzca el correspondiente alta.

En todo caso, el ejercicio de la opción a favor de otra entidad para la cobertura de la prestación está igualmente condicionado a que el interesado está al corriente de pago de las cotizaciones a la Seguridad Social.