

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 LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR 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 de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. 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]

Se marcará con "X" si se acoge o se renuncia a la cobertura de las contingencias profesionales. Únicamente puede optarse por la cobertura de las contingencias profesionales si ha optado por acogerse a la cobertura de la prestación económica de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.

Esta opción 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 93	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"/>	<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 DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

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

ACOGERSE a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes
El abono de la prestación se concierta con la MUTUA Nº DE A.T. y E.P.

RENUNCIAR a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES]

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

ACOGERSE a la cobertura de las contingencias profesionales

RENUNCIAR a la cobertura de las contingencias profesionales

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.