

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

## Solicitud de Pago Único

Si tiene pendiente de recibir un período de, al menos, seis meses de prestación por cese de actividad puede solicitar el pago único de la prestación cuando acredite que va a realizar una actividad profesional como trabajador autónomo o como socio trabajador de cooperativa o sociedad laboral.

### Datos del SOLICITANTE

Apellidos y Nombre: ..... D.N.I. / N.I.E.: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... C. Postal: ..... Provincia: .....

Teléfono fijo: .....

**Teléfono Móvil:** ..... **Correo electrónico:** .....

Le informamos que Mutua Navarra podrá utilizar estos datos para sus comunicaciones, citaciones o notificaciones, haciéndose usted responsable de su recepción con los efectos que de ello se deriven.

### MODALIDAD DE PAGO ÚNICO

- Abono en un único pago del valor actual de la prestación contributiva  
 Subvención de las cuotas de Seguridad Social  
 Abono del importe de la prestación contributiva y subvención del importe de las cuotas de Seguridad Social

**FECHA PREVISTA DEL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD\***      \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\*Siempre deberá ser posterior a la fecha de solicitud, aunque podrá ser anterior a la resolución aprobatoria. Se considerará fecha de inicio de actividad el alta del trabajador en Seguridad Social.

### FORMA DE CONSTITUCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Trabajador autónomo  
 Socio trabajador de cooperativa →       Nueva creación       Incorporación  
 Socio trabajador de sociedad laboral →       Nueva creación       Incorporación

### FIRMA:

Declaro, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados.

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

Solicito el abono de prestación solicitada manifestando mi consentimiento para que Mutua Navarra obtenga de la Tesorería General de la Seguridad Social los datos necesarios sobre los Certificados de cotización que se precisen para el cálculo de la prestación de incapacidad temporal.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firmado por: .....

**Nota:** El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional, relacionada con este expediente, en caso de considerarlo necesario para su gestión.

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

<input type="checkbox"/> <b>Solicitud incompleta</b>  *Se le informará de la documentación pendiente de aportar en documento "subsanción de defectos".	<input type="checkbox"/> <b>Solicitud completa</b>
--	--

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud y su gestión administrativa. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la correcta tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, [dpd@mutuanavarra.es](mailto:dpd@mutuanavarra.es)

M : realiza Mutua Navarra en [www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)

## CONSENTIMIENTO PARA EL ENVIO DE SMS

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Además de para los tratamientos antes descritos, y en base a los datos facilitados por Vd., Mutua Navarra necesita su consentimiento para el:

- Envío de SMS con la finalidad de recordarle las fechas de sus citas médicas y facilitarle información sobre próximos pagos que va a recibir.

**Firma, acepto**

**Firma, no acepto**

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

#### DOCUMENTOS A APORTAR:

---

1.  Memoria explicativa sobre el proyecto de inversión a realizar y actividad a desarrollar.
2.  Otra documentación acreditativa de la viabilidad del proyecto.
3.  Certificación de haber solicitado su ingreso como socio a cooperativa de trabajo asociado o sociedad y condiciones en que este se producirá.
4.  Proyecto de estatutos de la sociedad, si es de nueva creación.
5.  Acuerdo de admisión como socio.
6.  Inscripción de la sociedad en el correspondiente registro.

#### OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

---

- Percibido el importe de la prestación, iniciar la actividad laboral en el plazo máximo de un mes, o acreditar, en su caso, que está en fase de iniciación.
- Presentar ante Mutua Navarra la documentación acreditativa del inicio de la actividad.
- Destinar la cantidad percibida a la aportación social obligatoria, en el caso de cooperativas o sociedades laborales, o a la inversión necesaria para desarrollar la actividad, en el caso de trabajadores autónomos.