



TA.0021

Registro de presentación

Registro de entrada

PROPUESTA DE ADHESIÓN PARA LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (Marque con una "X" el Régimen de pertenencia):

RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO - TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA-

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Form fields for applicant data: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, FECHA DE NACIMIENTO, TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, D.N.I., TARJETA DE EXTRANJERO, PASAPORTE, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, DOMICILIO (TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, C. POSTAL, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO).

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

ALTA

VARIACIÓN DE DATOS

FECHA DE INICIO/VARIACIÓN DE DATOS

Día

Mes

Año

3. RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS (Cumplimentar sólo el trabajador autónomo)

Form for autonomous worker regime: SOLICITA: INCAPACIDAD TEMPORAL. Options: ACOGERSE a la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal (I.T.) por contingencias comunes... RENUNCIAR a la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes. Includes fields for N° MUTUA and NOMBRE MUTUA.

4. RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO - TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA (Cumplimentar sólo el trabajador agrario por cuenta propia)

Form for agricultural regime: ENTIDAD DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. N° MUTUA, NOMBRE MUTUA. SOLICITA: INCAPACIDAD TEMPORAL. Options: ACOGERSE a la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal (I.T.), concertando el abono de la prestación con la MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. RENUNCIAR a la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal.

5. SITUACIÓN ACTUAL DEL TRABAJADOR

Marque con "X", si se encuentra, o no, a la fecha de presentación de la solicitud, en situación de incapacidad temporal:

SI

NO

6. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una "X" la opción correcta)

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente:

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1)

EL INDICADO A CONTINUACIÓN

Form fields for notification address: TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, C. POSTAL, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TRABAJADOR/A

Lugar:

Fecha:

Firma:

ENTIDAD A LA QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

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

TA.0021 (11-2007)