

Caso:		
GISS:	SÍ	NO
Cese de Actividad:	SÍ	NO

(A cumplimentar por Mutua Universal)

Solicitud de Pago Directo por Cese de Actividad – Prestación Extraordinaria COVID-19.**1. DATOS PERSONALES**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Nº afiliación Seg. Social	D.N.I./N.I.F./Pasaporte/N.I.E.		Nacimiento	E-mail	
Domicilio			Teléfono Fijo	Teléfono móvil	
Población		Provincia	Código Postal	Régimen RETA MAR SETA	
TRADE					
Hijos que conviven con el beneficiario					
		Sí No		Sí No	
1er hijo	Menor 26 años	Grado discapacidad mayor 33%		Rentas <= SMI	
2º hijo	Menor 26 años	Grado discapacidad mayor 33%		Rentas <= SMI	

2. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la empresa o establecimiento/sin establecimiento (marque lo que proceda)				C.I.F.	
Domicilio de la actividad			Número	Puerta	Piso
			Código Postal		Teléfono
Localidad		Provincia		E-mail	
Actividad económica/Oficio/Profesión		C.N.A.E.		Número de trabajadores por cuenta ajena	

3. INCOMPATIBILIDADES

Sí No		Sí No	
Trabaja por Cuenta Ajena		Es perceptor de ayudas por paralización de la flota	
Es perceptor de pensiones de la Seguridad Social			

4. DATOS DE LA ASESORÍA

Nombre de la Asesoría				C.I.F.	
Domicilio			Número	Puerta	Piso
			Código Postal		Teléfono
Localidad		Provincia		E-mail	

5. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención IRPF: ____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)
