

FED-0058

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI / NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº afiliación a la S.S.	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. SOLICITUD

Pongo en conocimiento de Fraternidad-Muprespa MCSS nº 275 que, en relación a mi solicitud previa de prestación extraordinaria por cese de actividad por COVID-19, regulada en el art. 17 del Real Decreto-Ley 8/2020, de 17 de Marzo, se han producido las siguientes circunstancias:

- Error en el motivo de la solicitud ya que la actividad que desarrollo no puede encuadrarse dentro de las que quedaron suspendidas por la declaración del estado de alarma (RD 463/2020, de 14 de marzo).
- En el mes previo a la solicitud no acredito la reducción de ingresos superior al 75% respecto al semestre anterior.
- Con posterioridad al reconocimiento de la prestación he reiniciado / iniciado nueva actividad por cuenta propia.

Por lo anterior,

SOLICITO

- Desistir de dicha solicitud y, en caso de haber sido resuelta favorablemente, renunciar voluntariamente al posible derecho reconocido a mi favor.
- Renunciar al derecho reconocido a mi favor, comprometiéndome a devolver las cantidades que me fueran ingresadas en virtud de dicho reconocimiento.
- Modificar mi solicitud anterior, entendiendo que la misma se justifica por la facturación llevada a cabo en el mes de de 2020, la cual supone una reducción de ingresos superior al 75% respecto al semestre anterior y que, en su mérito, se reconozca la prestación con los efectos que correspondan.
- Que a partir del , fecha en que he reiniciado / iniciado nueva actividad por cuenta propia, se suspenda el abono de la prestación reconocida a mi favor, en tanto se clarifique mi derecho a continuar percibiendo la misma y que, de oficio, se reactive o se extinga, según proceda y con los efectos que correspondan.

Y mediante la firma, o documento acreditativo de la misma, del presente impreso requiero que se lleven a cabo las acciones indicadas sobre la prestación extraordinaria de cese de actividad previamente presentada.

En:

a de de

Firma del solicitante

En caso de que no disponga de firma digital, ni posibilidad de firmar manualmente y digitalizar el documento firmado, a continuación, como firma, ponga su "Nombre, Apellidos y DNI" o "nº de autorizado RED" (si actuara en representación).

Nombre y Apellidos

DNI / Nº. autorizado RED

FED-0058

DUDAS Y ACLARACIONES

Ponemos a su disposición los siguientes canales para resolver las dudas relacionadas con esta prestación:

- Nuestra página web: www.fraternidad.com (con constantes actualizaciones y aclaraciones).
- La atención personalizada de nuestros gestores a través de correo electrónico. Consulte la dirección en este [listado](#).

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable de tratamiento:

Fraternidad-Muprespa Mutua colaboradora de la Seguridad Social nº 275.

Para cualquier duda o aclaración se puede dirigir al delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa a la siguiente dirección de correo electrónico dpd@fraternidad.com.

Finalidad:

Respecto a datos del trabajador:

- Colaborar con la acción protectora de la Seguridad Social en la asistencia sanitaria y gestionarla administrativamente.
- Gestionar los traslados sanitarios en el ámbito de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social. Atender en general a las urgencias que se produzcan.
- Gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.
- Gestionar las actividades preventivas de la Seguridad Social.
- Gestionar las prestaciones especiales y sociales derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Respecto a datos de la empresa:

Gestionar la relación administrativa con las empresas asociadas y autónomos adheridos y los e-servicios que presta Fraternidad-Muprespa en su WEB en relación a las personas pertenecientes a las entidades asociadas y/o adheridas.

Legitimación:

Respecto de los datos relacionados con la salud: Tratamiento para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos en el ámbito de la seguridad y protección social y también porque es necesario para el diagnóstico médico, prestación de asistencia sanitaria o social y gestión de los sistemas de asistencia.

En relación con el resto de sus datos: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. Tratamiento necesario para la ejecución de un contrato.

Destinatarios:

Al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social en cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y además se cederán o comunicarán a aquellos destinatarios que deban recibirlos en virtud de obligación legal.

En su caso, a las aseguradoras que aseguren las urgencias de accidentados no protegidos.

Derechos:

Puede ejercer los derechos de portabilidad, limitación, acceso, rectificación, supresión y oposición, así como no ser objeto de decisiones individualizadas, tal y cómo se explica en la información adicional.

Información adicional:

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestro portal web fraternidad.com/es-ES/aviso-legal