

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD POR FUERZA MAYOR
CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR DIVERSOS FENÓMENOS
METEOROLÓGICOS ADVERSOS, DE ESPECIAL AFECTACIÓN EN LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS DE ANDALUCÍA Y EXTREMADURA**
(Real Decreto-ley 5/2026, de 17 de febrero)

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos	DNI/NIE	NAF (Nº Afiliación Seg.Social)
Dirección del domicilio habitual (calle, plaza, ...)	Nº/Km	Bloque Esc. Piso Puerta
Código Postal Municipio	Localidad	Provincia País
Correo electrónico	Teléfono móvil	Teléfono fijo

2. INFORMACIÓN DE ENCUADRAMIENTO

Régimen de la Seguridad Social: Trabajador del Mar Agrario cuenta propia Resto de autónomos

Actividad principal que justifica su encuadramiento en el Régimen Especial
CNAE Descripción de la actividad

3. INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre / Razón social	NIF	Nº empleados
Nombre comercial	¿Local abierto a público? Sí No	
Dirección fiscal de la actividad...		
El propio domicilio particular.		
Otra: Dirección del domicilio fiscal (calle, plaza, ...)	Nº/Km	Bloque Esc. Piso Puerta
Código Postal Municipio	Localidad	Provincia País

4. SITUACIÓN PROTEGIDA

Fecha de cese en la actividad:

Tipo de cese en la actividad previsto: Definitivo Temporal

Fecha del siniestro que origina el cese de actividad desde el 04/02/2026: Dirección donde realizaba su actividad principal al acontecer el fenómeno meteorológico adverso...

Misma que la dirección fiscal de la actividad

Otra: Dirección donde ocurrió el siniestro (calle, plaza, ...)

Código Postal Municipio	Localidad	Nº/Km	Bloque Esc. Piso Puerta
		Provincia	País

5. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE ACCESO

SÍ	NO	RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
		¿Ha cumplido la edad ordinaria acceder a la pensión de jubilación contributiva y cuenta con cotizaciones suficientes para poder acceder a ella?
		¿Tiene reconocido por la Tesorería General de la Seguridad Social una resolución de aplazamiento de las deudas contraídas con anterioridad a la fecha de la resolución de suspensión de la actividad? En caso afirmativo, indique la fecha de resolución de dicho aplazamiento ⁽¹⁾
		¿Tiene trabajadores a cargo? En caso afirmativo ¿está al corriente de sus garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral?
		¿Mantiene la realización de algún trabajo por cuenta propia diferente al de la actividad en la que ha cesado totalmente y que motiva la solicitud de esta prestación? (sin contar los trabajos agrarios sin finalidad comercial)
		¿Realiza algún trabajo por cuenta ajena? En caso afirmativo, importe bruto de los salarios percibidos en los últimos 4 meses:
		En caso de ser trabajador del Mar ¿Está percibiendo ayudas por paralización de la flota?
		¿Estaba percibiendo a 04/02/2026 o percibe en la actualidad alguna prestación de la Seguridad Social que fuera incompatible con el desarrollo de la actividad que venía desarrollando? En caso afirmativo, detalle el tipo de prestación y la fecha aproximada en la que se le reconoció: Fecha de reconocimiento Tipo de prestación

⁽¹⁾ Si el aplazamiento concedido por la TGSS es posterior a la fecha en que se inicia la suspensión de la actividad, deberá proceder al pago íntegro de las cantidades adeudadas para tener derecho a la prestación solicitada. Si no conoce la fecha exacta, indique una fecha aproximada.

6. HIJOS A CARGO DEL SOLICITANTE

Se entenderá que existen hijos a cargo, cuando éstos sean menores de 26 años (o mayores con una discapacidad en grado igual o superior al 33%), carezcan de rentas de cualquier naturaleza iguales o superiores al salario mínimo interprofesional excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias, y convivan con el beneficiario.

DNI / NIE								
Nombre y apellidos								
Fecha de nacimiento								
Discapacidad ≥ 33%	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

7. DATOS DE LA ASESORÍA (a rellenar en su caso)

Nombre de la asesoría _____

Persona de contacto _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

8. DATOS BANCARIOS (debe ser el titular o cotitular de la cuenta bancaria que facilite)

Código IBAN Entidad Sucursal D.C Número de cuenta

9. DATOS FISCALES

Si desea que se le aplique un % IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo _____ %.

Si su residencia fiscal se encuentra en TERRITORIO FORAL, a efectos de IRPF desea que se le aplique:
Residencia fiscal (provincia): _____ Tabla general (número de hijos: _____) Tabla de pensionistas.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD POR FUERZA MAYOR
CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR DIVERSOS FENÓMENOS
METEOROLÓGICOS ADVERSOS, DE ESPECIAL AFECTACIÓN EN LAS
COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ANDALUCÍA Y EXTREMADURA**

(Real Decreto-ley 5/2026, de 17 de febrero)



10. DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a _____ con NIF _____, **DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que:

1. **Son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud.**
2. **Cumpro con todos los requisitos, que se relacionan a continuación, para acceder a la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 330 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), conforme a lo dispuesto en el artículo 38 del Real Decreto-ley 5/2026, de 17 de febrero:**
 - a. *Cesar mi actividad como consecuencia directa e inmediata de los sucesos meteorológicos acaecidos (inundaciones y otros sucesos) conforme a lo dispuesto en el Real Decreto-ley 5/2026, de 17 de febrero.*
 - b. *La actividad se desarrollaba en un municipio cuyos habitantes fueron total o parcialmente desalojados o evacuados, o en aquellos municipios afectados que se determinen en los términos del artículo 7.2 del Real Decreto ley 5/2026, de 17 de febrero.*
 - c. *En el supuesto de que el cese en la actividad sea definitivo, no haber cumplido con la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o no tener acreditado el periodo de cotización requerido para ello.*
 - d. *Encontrarme afiliado y de alta en el Régimen Especial a fecha 04/02/2026, o en su caso, a la fecha del hecho causante.*
 - e. *Contar con la cobertura de cese de actividad a fecha 04/02/2026, en su caso, a la fecha del hecho causante, contar con la cobertura de cese de actividad a fecha 04/02/2026, o en su caso, a la fecha del hecho causante.*
 - f. *Hallarme al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social correspondientes a mi Régimen Especial o contar con una resolución de la TGSS sobre aplazamiento de cuotas adeudadas previa a la fecha de la resolución de cese de la actividad.*
 - g. *En caso de tener trabajadores a cargo, cumplir con las garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral.*
 - h. *No desempeñar ninguna otra actividad por cuenta propia diferente a la actividad en la que he cesado como consecuencia de los motivos que traen causa al cese de actividad descrito en el Real Decreto ley 5/2026, de 17 de febrero y que motiva la solicitud de esta prestación (excluyendo trabajos agrarios sin finalidad comercial).*
 - i. *No percibir, ni tener derecho, a ninguna prestación ni pensión de Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad por cuenta propia (Ej: incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o lactancia,...).*
 - j. *En caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, no percibir ayudas por paralización de la flota.*

ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro total o parcial de la prestación percibida:

- Comunicar a la Mutua cualquier hecho que suponga dejar de cumplir los requisitos de acceso o mantenimiento de la prestación, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplir cualquiera de los citados compromisos o requisitos.
- En el supuesto de cese total pero temporal de la actividad, a mantener el alta en el Régimen Especial.
- Comunicar a la Mutua cualquier situación que sea incompatible con el percibo o mantenimiento de esta prestación de cese de actividad, entre las cuales se encontrarían las siguientes:
 - *El inicio de cualquier actividad por cuenta propia o ajena (a excepción de los trabajos agrarios sin finalidad comercial).*
 - *Que se me reconociese el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social que fuese incompatible con el desempeño de la actividad que he cesado.*
 - *Empezar a percibir ayudas por paralización de la flota (en trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial del Mar).*
- Poner a disposición de la Mutua la documentación que me sea requerida para comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud.

HE SIDO INFORMADO por Fraternidad-Muprespa de que el reconocimiento de esta prestación tiene carácter provisional y será revisado posteriormente. Si tras la revisión de la prestación no se acreditaran todos los requisitos para el reconocimiento o mantenimiento completo de la prestación, se me reclamarán las cuantías que se determinen como indebidamente abonadas.

MANIFIESTO y OTORGO, mi consentimiento expreso a FRATERNIDAD-MUPRESPA MCSS nº 275 para que, los Organismos y/ o Administraciones Públicas que correspondan, le faciliten el acceso o la información relativa a mis datos profesionales, de identificación personal y residencia; así como la verificación y cotejo de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de la prestación de cese de actividad regulada en el artículo 38 del Real Decreto-ley 5/2026, de 17 de febrero.

CONFIRMO los consentimientos anteriores, para que se pueda dar tramite a la prestación solicitada.

SOLICITO, mediante la firma, o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación de cese de actividad solicitada y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el presente escrito, y suscribo para ello la DECLARACIÓN RESPONSABLE incluida en este formulario.

En _____, a _____ de _____ de _____ Firma del solicitante / representante

La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o, en su defecto, por su representante (que deberá informar adicionalmente los datos al pie).

Nombre y apellidos del representante

DNI / NIE

Nº autorizado RED

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.
- Esta solicitud será remitida telemáticamente por el solicitante o por su representante legal. La Mutua podrá comprobar la identidad del remitente de la solicitud y, en su caso, la facultad de representación del comunicante.
- En el supuesto de que la solicitud, venga acompañada de documentación complementaria, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A APORTAR

- Solicitud de la prestación y declaración responsable, debidamente cumplimentada y firmada.
- Modelo 145 de comunicación de datos al pagador (IRPF) (Excepto País Vasco y Navarra).
- Justificante de titularidad o cotitularidad de la cuenta bancaria informada en el apartado 8.
- Si la solicitud no está firmada digitalmente por el propio solicitante (autónomo), deberá aportar una fotocopia legible del Documento de identidad (DNI / NIE / TIE) o Pasaporte (por ambas caras y en color). (*)
- En caso de tener hijos a cargo, deberá aportar el documento oficial en vigor que acredite tal situación, libro de familia y el anexo I una vez relleno y firmado por todos los miembros de la unidad familiar. (*)

(*) Si no dispusiera de alguno de estos documentos en el momento actual, deberá tenerlos a disposición de la Mutua para cuando le sean requeridos.

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DE LA MUTUA (cuando le sean requeridos)

- Certificado de TGSS de estar al corriente de pago.
- Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social, del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.
- Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
- Documentación acreditativa de la imposibilidad de desarrollar la actividad por la que se solicita la prestación.
- Resolución administrativa o judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda (si tuviese alguna concedida).
- Cualquier otro documento que se considere necesario para verificar los requisitos de acceso a la prestación solicitada.

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 con 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 trabajador: gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Respecto a datos empresa: gestionar la relación administrativa con los autónomos adheridos.

Legitimación:

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

Destinatarios:

Al Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, así como 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.

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 información adicional y detallada sobre protección de datos en: fraternidad.com/es-ES/aviso-legal

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.)

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 periodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 periodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes	
		Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.			En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indique marcando con una "X" esta casilla.	
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Convivencia con otros descendientes	
		Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.			Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).	
Año de nacimiento		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

_____, de _____ de _____

Firma del perceptor: _____

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

_____, de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: _____

Fdo.: D / D.ª _____