

MUY IMPORTANTE PARA LOS TRABAJADORES INCLUIDOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS

El pasado 1 de enero de 2019 entró en vigor el **Real Decreto-Ley 28/2018**, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo.

De acuerdo con lo previsto en la **Disposición Transitoria Primera** del citado Real Decreto-Ley, los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos incorporados a dicho Régimen Especial con anterioridad al 1 de enero de 1998 y que, de acuerdo con la disposición transitoria vigésima novena de la Ley General de la Seguridad Social LGSS-, hubieran optado por mantener la protección por la prestación económica por incapacidad temporal con la entidad gestora, deberán optar, en el plazo de tres meses a contar desde el 1 de enero de 2019, por una Mutua colaboradora de la Seguridad Social, surtiendo efectos tal opción a partir del 1 de junio de 2019, siempre que la misma se efectúe en los términos previstos en el artículo 83.1.b) de la citada LGSS.

Considerando asimismo lo dispuesto en la **Disposición Transitoria Segunda** del mismo Real Decreto-Ley, los trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos deberán formalizar la cobertura de la acción protectora por incapacidad temporal, contingencias profesionales y cese de actividad con una Mutua colaboradora con la Seguridad Social, que ha de ser la misma para toda la acción protectora indicada.

En este sentido, por parte Tesorería General de la Seguridad Social se ha constatado que USTED mantienen actualmente la protección por la prestación económica por incapacidad temporal con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Por ello se le informa de que ante la imposibilidad de realizar este trámite de opción de Mutua a través de la SEDE ELECTRÓNICA, deberá presentarse ante cualquier Administración de la Seguridad Social, o bien remitir por este mismo medio, solicitud original de variación de datos en el Régimen Especial de Autónomos, que deberá ir firmada por el trabajador autónomo.

A tal efecto, se utilizará el formulario que se anexa, en el que se consignara la Mutua elegida por el trabajador autónomo en el apartado 4.2 MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES (Relación de Mutuas al final de este correo).

Este trámite deberá de efectuarlo a la mayor brevedad posible.



TA.0521/2 (Hoja 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA <input type="checkbox"/>	BASE MÁXIMA <input type="checkbox"/>	OTRA BASE <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.		

4.2. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA N° <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>
-------------------------------	-----------------------------

4.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES (ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES) Y/O CESE DE ACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE	<input type="checkbox"/> A la cobertura de las contingencias profesionales.	RENUNCIAR	<input type="checkbox"/> A la cobertura de las contingencias profesionales.
	<input type="checkbox"/> A la cobertura de cese de actividad.		<input type="checkbox"/> A la cobertura de cese de actividad.

4.4. OPCIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

<input type="checkbox"/> ACOGERSE a la cobertura de la Incapacidad Temporal
<input type="checkbox"/> NO ACOGERSE a la cobertura de la Incapacidad Temporal

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA		TELÉFONO				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
APARTADO DE CORREOS								
<input type="text"/>								

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

TA.0521/2 (Hoja 2/3)
(12-01-2015)

FIRMA DEL TRABAJADOR/A
<input type="text"/>