

## Instrucciones para rellenar el formulario de la Prestación extraordinaria COVID-19

Todas las mutuas requieren el **formulario de solicitud**, que incluye la **declaración responsable**, **más fotocopia DNI/NIE/Pasaporte por ambas caras + modelo 145 AEAT (PDF)**

- ACTIVA MUTUA 2008 - (nº 003) Formulario online o  
ceseautonomocovid@activamutua.es
- ASEPEYO - (nº 151) – Sólo por correo electrónico: [red de delegaciones](#) + Formulario
- EGARSAT - (nº 276) Sólo por correo electrónico: [coronavirus@egarsat.es](mailto:coronavirus@egarsat.es) + Formulario
- FRATERNIDAD-MUPRESA - (nº 275) Sólo por correo electrónico: [dpd@fraternidad.com](mailto:dpd@fraternidad.com)
- FREMAP - (nº 061) Sólo formulario online
- IBERMUTUA - (nº 274) Sólo formulario online
- MUTUA BALEAR - (nº 183) Sólo por correo electrónico:  
[pagodirecto@mutuabalear.es](mailto:pagodirecto@mutuabalear.es)
- MUTUA INTERCOMARCAL - (nº 039) Sólo formulario online, previa petición de credenciales al correo electrónico: covid19@mutua-intercomarcal.com
- MUTUA MONTAÑESA - (nº 007) Sólo por correo electrónico: Ver correo de provincias o poblaciones
- MUTUA UNIVERSAL, MUGENAT - (nº 010) Sólo por correo electrónico: [buzón habilitado de su centro asistencial](#)
- MC MUTUAL - (nº 001) Sólo por correo electrónico:  
[ceseactividadautonomos@mc-mutual.com](mailto:ceseactividadautonomos@mc-mutual.com)
- UNIÓN DE MUTUAS, UNIMAT - (nº 267) Sólo por correo electrónico:  
[autonomos@uniondemutuas.es](mailto:autonomos@uniondemutuas.es)

**Estas instrucciones pretenden ser una guía de cómo rellenar los formularios de las mutuas.**

Cada mutua ha hecho formularios propios que pueden tener pequeñas variaciones y otra información no contenida en este documento, pero la información básica es la misma para todas.

Este documento pretende ser una **guía** para orientar al fisioterapeuta a rellenar el formulario, pero cada fisioterapeuta debe atender sus circunstancias individuales a la hora de llenarlo, siendo el fisioterapeuta el único responsable de los datos rellenados.

Estos formularios pueden cambiar o tener modificaciones en función de las nuevas normativas aprobadas, como también puede cambiar la forma de presentación, ya que las mutuas están habilitando la presentación online vía web, pero los datos a incluir siguen siendo los mismos.

## **Ejemplo de cómo rellenar el formulario**

### **1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI – NIF – Pas: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Nº de afiliación a la Seg. Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio Personal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

- ✓ Poner los datos personales donde corresponda
- ✓ **Número de afiliación a la Seguridad Social**: 12 números que empiezan con el código de la provincia donde se tramitó por primera vez el número, normalmente provincia de residencia.

Lo podemos encontrar en el documento de alta o el último recibo de pago del banco (Ref. Mandato o Ref. Titular).

### **2. DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE**

Incluir únicamente los hijos que, conviviendo o no, dependen económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas dos pagas extraordinarias.

DNI o pasaporte: \_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> Apellido: \_\_\_\_\_  
2<sup>o</sup> Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado de discapacidad (> o igual 33%):  SI  NO  SI  NO

- ✓ ***Rellenar si tenemos hijos que conviven y dependen económicamente. Salario mínimo interprofesional 2020: 950 euros brutos al mes (13.300 anuales).***
- ✓ ***Es importante rellenar correctamente este apartado en caso de tener hijos, dado que afecta a los límites máximo y mínimo de la prestación y al porcentaje de retención del IRPF.***

3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

a. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

Trabajador Autónomo (RETA)  Trabajador del Régimen especial del mar  Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)

Fecha de inicio de actividad: \_\_\_\_\_ Fecha de último alta en el régimen especial: \_\_\_\_\_

Fecha de baja en el régimen Especial (en su caso): \_\_\_\_\_ Fecha de cese en la actividad (en su caso): \_\_\_\_\_

**Apartado a.)**

Marcar: "Trabajador Autónomo (RETA)"

Fecha de inicio de actividad: → Es la fecha de la primera alta en el RETA. En documento "Alta de Autónomos" o en la página web de la Seguridad Social → "TU SEGURIDAD SOCIAL" → "VER TUS COTIZACIONES" (es necesario tener certificado digital, DNI electrónico o Clave PIN Permanente).

Fecha de último alta en el régimen especial: → Fecha del último "Alta". En caso de que el autónomo se haya dado de baja y alta varias veces. Mirar punto anterior para saber cómo encontrar esta fecha.

Fecha de baja en el régimen Especial (en su caso): → No se debe poner nada si el autónomo sigue de alta. Fecha de baja si se ha dado de baja de actividad en Hacienda y en Seguridad Social.

Caso de petición de paga por **reducción 75% ingresos** - se deja en blanco, el autónomo debe seguir en alta.

Fecha de cese en la actividad (en su caso): → Poner la fecha en que se ha cesado la actividad o **14 de marzo de 2020** en el caso de "fuerza mayor".

Caso de petición de paga **por reducción 75% ingresos** - se deja en blanco, el autónomo debe seguir en alta.

b. TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO (deberá especificar al menos una de las siguientes):

- Consejero de una Sociedad Mercantil
- Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil
- Comunero o socio de otras Sociedades No Mercantiles
- Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado
- Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros Trabajadores
- Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE)
- Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

**Apartado b.)**

Lo habitual será la opción **"Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos"**  
→ Autónomo que trabaja y factura con su DNI / NIE.

- ✓ "Consejero de una Sociedad Mercantil" → Autónomo que factura a través de sociedad mercantil (SL, SA, SL Profesional, SA Profesional) y que es administrador o consejero de la sociedad.
- ✓ "Socio que preste otros servicios a una sociedad mercantil" → Autónomo que factura a través de sociedad mercantil (SL, SA, SL Profesional, SA Profesional), que es socio en más de un 33% de propiedad pero **NO** es administrador ni consejero de la sociedad.
- ✓ "Comunero o socios de otras sociedades No Mercantiles" → Autónomo que factura a través de Sociedad Civil Privada (SCP), Comunidad de Bienes (CB).
- ✓ "Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otro Trabajadores" → Autónomo que factura a través de Sociedad Civil Privada Profesional (SCP Profesional) o Autónomo por ser colaborador familiar de trabajador autónomo.
- ✓ "Autónomo económicamente Dependiente (TRADE)" → Autónomo que exclusivamente tiene firmados contactos TRADE con la empresa para la que trabaja.

c. INFORMACIÓN ADICIONAL: (Contestar SI o NO)

SI NO

- Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad)
- Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social: Especifique cuál: \_\_\_\_\_
- Es perceptor de otras prestaciones diferentes: Especifique cuál: \_\_\_\_\_
- Percibe ayudas por paralización de flota, o similar: Especifique cuál: \_\_\_\_\_
- Es Profesional Colegiado: Especifique cuál: \_\_\_\_\_

✓ Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):

SI

- Cuando se compagina la actividad de autónomo con otro trabajo con contrato laboral por cuenta ajena.

NO

- Sólo se tienen ingresos de la actividad profesional de autónomo.

✓ Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social: → Marcar si se cobran otras prestaciones (jubilación, riesgo embarazo, enfermedad, paro...).

✓ Es perceptor de otras prestaciones distintas: → Marcar si se cobran prestaciones y/o subvenciones de Generalitat de Catalunya, ayuntamientos, etc.

✓ Percibe ayudas por paralización de flota, o similar: → Marcar "NO".

✓ Es Profesional Colegiado: → Marcar "SÍ" - "Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya".

d. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD

Actividad económica: \_\_\_\_\_ Código CNAE: \_\_\_\_\_

¿Existía establecimiento abierto al público? SI  NO  Nombre del establecimiento  
o Denominación Comercial \_\_\_\_\_

Domicilio de la actividad: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

- ✓ Actividad económica: **Otras Actividades Sanitarias - Fisioterapia** Código CNAE: **8690**
  
- ✓ Existía establecimiento abierto al público → Marcar SÍ / NO según corresponda.
  - Marcaremos "SÍ" - Autónomos titulares de centro de fisioterapia con un centro de libre acceso.
  
  - Marcaremos "NO" - Autónomos que tienen centro propio pero no es de libre acceso, autónomos que hacen atención domiciliaria, autónomos que trabajan para otros centros o empresas, autónomos que tienen alquiladas salas o espacios en otros centros, autónomos que tienen como local de actividad parte de la residencia habitual para tener la consulta dentro de casa.
  
- ✓ Nombre del establecimiento o Denominación Comercial → Indicar nombre "comercial" o "nombre y apellidos del titular del centro".
  - Dejar en blanco si no se tiene un nombre comercial.
  
- ✓ Domicilio de la Actividad: Dirección del local donde ejercemos la actividad profesional.
  - Fisioterapeutas con centro propio, con alquiler de espacios, o los que tienen declarados locales a Hacienda (revisar modelo 037 o 036).
  - Autónomos que trabajan para otros centros o empresas, poner el domicilio del centro para el que trabajan o el del centro principal si trabajan para varios.
  - Dejar en blanco en caso de autónomos que hacen atención domiciliaria.
  
- ✓ Localidad: Municipio del local.

e. DATOS DE LA ASESORÍA, A RELLENAR EN SU CASO.

Denominación: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

- ✓ *Sólo se rellena si el que presenta y firma el formulario, en nombre del autónomo, es una asesoría autorizada en el Sistema RED de la Seguridad Social. En este caso se deberá aportar documento con una autorización expresa.*

4. OTROS DATOS

- ¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social?  SÍ  NO
- **Periodos cotizados como Autónomo, para la Prestación de Cese de Actividad, en el Extranjero:**  
País: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- **Datos Fiscales**  
Tipo voluntario de retención por IRPF \_\_\_\_\_ % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)  
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:  
 Tabla general. Número de hijos: \_\_\_\_\_  Tabla de pensiones  Tipo voluntario \_\_\_\_\_ %
- **Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia (el autónomo solicitante de la prestación debe ser titular de la cuenta corriente bancaria):**  
Banco: \_\_\_\_\_ Dirección de la Sucursal: \_\_\_\_\_
- IBAN: \_\_\_\_\_

- ✓ *¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? → Marcar SÍ/NO según corresponda.*

- ✓ *Periodos cotizados como Autónomo, para la Prestación de Cese de Actividad, en el Extranjero: → En su caso, especificar el país y las fechas de las cotizaciones como autónomos en otros países.*

- ✓ *Tipo voluntario de retención por IRPF \_\_\_\_\_ % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)*

Si no se pone ningún porcentaje, se aplicará un porcentaje mínimo del **2%**.

Si se quiere un porcentaje superior al mínimo o al que según la ley del IRPF (renta) corresponda, indicar el porcentaje que se quiere.

- ✓ *Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia → Se indicará el nombre del banco y dirección de la oficina bancaria de la entidad financiera del autónomo y el número IBAN formado por ES00.0000.0000.0000.0000*

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

Segundo documento obligatorio a firmar y enviar a la mutua y de gran trascendencia.

Mediante este documento, el autónomo manifiesta y declara:

- ✓ Que los datos son ciertos.
- ✓ Que cumple con todos los requisitos para obtener la prestación solicitada.
- ✓ Que se dispone de la documentación que demuestra el cumplimiento de los requisitos y la pone a disposición de la Mutua y del Órgano Gestor.
- ✓ Que en caso de cambios en la situación del autónomo se compromete a comunicarlo.
- ✓ Que en caso de no cumplir con algún requisito, a "**reintegrar**" las cantidades cobradas.

### Motivo de la Prestación

- Reducción en la facturación en el mes natural anterior al de la solicitud en al menos un 75 % en relación con el promedio mensual desde el mes de septiembre de 2019 hasta febrero de 2020, ambos inclusive (de no haber estado de alta en el Régimen Especial durante todo este período o de haber tenido suspendida la actividad por encontrarse en situación de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado de menor, riesgo durante el embarazo u otro motivo, se calculará el promedio mensual solo con los meses naturales completos de actividad)
  - ✓ Se marcará si el motivo de la petición es la reducción, como mínimo, del 75% de ingresos de marzo-20, respecto a la media mensual del periodo sept-19 / feb-20.
- Suspensión de la actividad por consecuencia directa de la declaración del ESTADO DE ALARMA.
  - ✓ Se marcará si el motivo es que el autónomo ejerce una actividad suspendida consecuencia directa de la declaración del Estado de Alarma.

Mediante este documento, si en una posterior revisión de la documentación, se acredita que no se cumplen los requisitos, la Seguridad Social puede obligar a **reintegrar** la prestación cobrada, más los correspondientes **recargos e intereses de demora**.