



RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS
SOLICITUD DE MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

A efectos de cumplir lo establecido en las Disposiciones Transitorias Primera y Segunda del Real Decreto-Ley 28/2018.

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		
Número de Relación	D.N.I./N.I.E.	N.A.F.

DATOS DE CONTACTO TELEMÁTICOS

CORREO ELECTRÓNICO	
Acepto el envío por SMS de comunicaciones informativas de la Seguridad Social	TELÉFONO MÓVIL

CIF DE SU EMPRESA

(Si usted no es autónomo individual, sino socio de cualquier tipo de sociedad, bien mercantil o civil, o comunidad, cooperativa, etc.)

CIF DE LA SOCIEDAD

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

SOLICITO formalizar a partir de 01/06/2019, la cobertura de la acción protectora por incapacidad temporal, contingencias profesionales y cese de actividad con la Mutua colaboradora con la Seguridad Social:

MUTUA Nº	NOMBRE
----------	--------

DEBERÁ ADJUNTAR COPIA DE SU D.N.I./N.I.E.

En _____ a _____ de _____ de 2019

FIRMA DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO

--

Dirigido a: Administración de la Seguridad Social número

Relación de Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social

Nº	NOMBRE	Nº	NOMBRE	Nº	NOMBRE
001	MUTUAL MIDAT CYCLOPS	021	LA MUTUA DE NAVARRA	267	UNIÓN DE MUTUAS
002	MUTUALIA	039	INTERCOMARCAL	272	MAC
003	ACTIVA MUTUA 2008	061	FREMAP	274	IBERMUTUAMUR
007	MONTAÑESA	072	SOLIMAT	275	FRATERNIDAD-MUPRESA
010	UNIVERSAL MUGENAT	115	MUTUA DE ANDALUCIA Y CEUTA MUTU(CESMA)	276	EGARSAT
011	MAZ	151	ASEPEYO		
015	UMIVALE	183	BALEAR		