

Documento de Adhesión para la Cobertura del subsidio por Incapacidad Temporal, derivada de contingencias comunes de los trabajadores por cuenta propia

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social N.º 151
C.I.F.: G08215824
Via Augusta, 36 - 08006 BARCELONA
Tel. 93 228 65 00 - Fax. 93 228 65 09

Centro Asistencial de Vilafranca del Penedès
Bisbe Panyelles, 17 - local 3
Tel. 938905717
Fax. 938905718
08720 Vilafranca del Penedès(Barcelona)

DOCUMENTO ADHESION Nº

EFECTOS: Cero horas del día 1/1/2010

REGIMEN S.S.

AUTÓNOMO

N.º AFILIACION S.S. 00-0000000000

I. DATOS PERSONALES

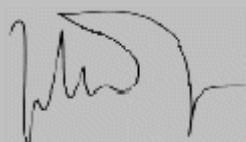
Apellido 1.º XXXXX	Apellido 2.º XXXX			
Nombre XXXX	N.I.F. XXXXXX	Sexo Hombre	Fecha nacimiento XX/XX/XXXX	
Domicilio: Calle o Plaza Paseo XXXXX	N.º X	Localidad XXXX	C. Postal XXXXX	Teléfono

II. DATOS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA

Actividad	C.N.A.E.	Fecha de iniciación 01/01/2010	Razón Social XXXX	
Domicilio: Calle o Plaza	N.º	Localidad	C. Postal	Teléfono

Formaliza con la Mutua la cobertura del subsidio por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, en los términos y condiciones establecidos en el Reglamento General sobre Colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre, normativa reguladora del Régimen de la Seguridad Social correspondiente y demás normas de aplicación.

CONFORME
(Por la Mutua,
fecha, firma y sello)



Juan Luis Pagés Lara
Director de coordinación servicios y comunicación

Hecho en Vilafranca del Penedès, a 2 de julio de 2012

Firma del trabajador por cuenta propia

NOTA: Espacios sombreados a cumplimentar por la Entidad.

CONDICIONES GENERALES

EFFECTOS DE LA ADHESIÓN

La adhesión a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social de los trabajadores encuadrados en el RETA, mediante la firma del presente documento, es a los solos efectos de la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, y en caso de los trabajadores por cuenta propia que así optaran la cobertura de las contingencias profesionales, en los términos y condiciones que resulten de la normativa aplicable, sin que por esa sola circunstancia se adquiera la condición de asociado o mutualista de la Entidad.

En los casos de trabajadores encuadrados en el Sistema Especial para trabajadores, por Cuenta Propia Agraria (SETA) la adhesión mediante la firma del presente documento, es a los efectos de la cobertura de las prestaciones de incapacidad, muerte y supervivencia derivadas de contingencias profesionales y en caso de que así optaran por la incapacidad temporal por contingencias comunes, contingencias profesionales o por ambas.

RECONOCIMIENTO Y PAGO DE PRESTACIONES

La Mutua asume el reconocimiento y el pago de la prestación económica por incapacidad temporal del trabajador adherido en virtud del presente documento, en la cuantía y demás condiciones establecidas en el Régimen de la Seguridad Social en que esté encuadrado.

En todo caso, será requisito indispensable para el reconocimiento del derecho a la prestación que el interesado acredite ante la Mutua hallarse al corriente en el pago de las cuotas de la Seguridad Social.

En los supuestos de baja en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente, se mantendrá el percibo de la prestación que se viniese recibiendo, hasta que se produzca una causa legal de extinción.

En el supuesto de los trabajadores por cuenta propia que hayan optado por la cobertura de las contingencias profesionales, la Mutua asume:

Prestar la asistencia médica, farmacéutica y rehabilitadora a los trabajadores accidentados en el trabajo o afectados por proceso de enfermedad profesional. Si fuera precisa la hospitalización se llevará a cabo en los centros hospitalarios o asistenciales designados por la Mutua. De producirse en lugares donde no se conozca el centro de asistencia será llevado al más próximo, dándose cuenta de todo ello a la Mutua por el medio más rápido.

Abonar al trabajador afectado con lesiones indemnizables por lesiones permanentes no invalidantes e invalidez permanente en grado de parcial, por la contingencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la indemnización que le reconozca el Instituto Nacional de la Seguridad Social o la jurisdicción social.

Ingresar a favor de la Tesorería General de la Seguridad Social los importes que a los efectos de capitalización fueran procedentes para generar la pensión que por accidente de trabajo o enfermedad profesional tenga derecho a percibir el trabajador de serie reconocida una invalidez indemnizable en forma de renta vitalicia.

Abonar a los beneficiarios de prestaciones, derivadas de las situaciones de muerte y supervivencia, las cantidades a alzada que la legislación de Seguridad Social pueda establecer en cada momento.

OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR

El trabajador habrá de cumplir las obligaciones que respecto a cotización, documentación, información y otras análogas, se deriven del Régimen de Seguridad Social correspondiente, así como de lo dispuesto en el Capítulo III, IV y V del Título II del Reglamento General sobre colaboración de las Mutuas desde Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre y demás normativa aplicable.

Especificamente, estará sometido a las actuaciones de seguimiento y control médico establecidas en el artículo 79 del referido Reglamento, debiendo aportar a la Mutua, de conformidad con lo dispuesto en el mismo, la declaración a que se refiere la Disposición adicional décima del Real Decreto 2319/1993, de 29 de diciembre, en la misma forma, dentro de los mismos plazos y con los efectos establecidos para la presentación ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

COTIZACIÓN

La cuota o parte de cuota correspondiente a la cobertura concertada se ingresará conjuntamente con el resto de las cuotas de la Seguridad Social en el plazo, lugar y forma establecidos por la normativa de aplicación.

VIGENCIA

El presente documento tendrá un plazo de vigencia de un año natural, finalizando el 31 de diciembre y entendiéndose prorrogado tácitamente por el mismo periodo, salvo renuncia expresa formulada por el interesado y debidamente notificada, antes del día 1 de octubre del ejercicio anterior al que haya de surtir efectos la renuncia a la cobertura de la incapacidad temporal, o el cambio de Entidad para dicha cobertura.

No obstante, en el caso de renuncia para cambiar de Entidad y en el supuesto de que el interesado se encuentre en baja por incapacidad temporal, se mantendrá su vigencia, sin perjuicio de que pueda formularse la correspondiente renuncia antes del día 1 de octubre del ejercicio siguiente y con efectos del 1 de enero posterior, siempre que en el momento de formularla, el trabajador se encuentre en alta.

Asimismo, si a la fecha en que habría de producirse la extinción de sus efectos el interesado se encontrase en situación de baja por incapacidad temporal, dicha extinción se demorará al día 1 del mes siguiente a aquél en que se produzca la correspondiente alta.

En todo caso, el ejercicio de la opción en favor de otra Entidad para la cobertura de la prestación está igualmente condicionada a que el interesado esté al corriente en el pago de las cotizaciones a la Seguridad Social.



Por ASEPEYO
Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, n.º 151

Hecho en Vilafranca del Penedès, a 2 de julio de 2012
Firma del trabajador por cuenta propia