

## SOLICITUD DE RENUNCIA/DEVOLUCION DE LA PRESTACION DE CESE DE ACTIVIDAD (ART. 13, 14 Y DISPOSICIÓN ADICIONAL 4ª DEL RDL 30/2020)

### Datos personales solicitante

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Teléfono móvil		Correo electrónico	

En su día procedí a solicitar la prestación de cese de actividad ante la citada Mutua, al amparo de lo establecido en el Real Decreto Ley 30/2020 de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo.

### SOLICITO:

- Renunciar a la prestación desde la fecha de su comunicación.\*
- Devolver por iniciativa propia toda la prestación percibida por considerar que no cumplirá el requisito de ingresos establecidos.

*\*(La renuncia surtirá efectos el mes siguiente a su comunicación)*

**Por la presente solicito la renuncia de la prestación o la devolución total de la misma, en la fecha de la presente solicitud, según lo marcado anteriormente.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_\_  
Firma solicitante

### LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra **política de privacidad** ([www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal](http://www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal)) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos ([lopd@mutua-intercomarcal.com](mailto:lopd@mutua-intercomarcal.com)) o por correo postal (Avenida Icaria, 133-135 /08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.