MUTUA BALEAR

SOLICITUD PRESTACIONES **REL**

DOC 3 | ***PDF con formulario interactivo.*** *Puede rellenar los campos desde su ordenador, guardar e imprimir este documento*

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL (REL)

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA
Nº de expediente:

MUY IMPORTANTE: la prestación económica que solicita no podrá reconocerse si previamente no le ha sido extendido por la mutua el certificado médico en el que se establezca la existencia del riesgo para el embarazo o la lactancia natural

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO	NIF / NIE	NACIONALIDAD	NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL
/ /			/ /

DOMICILIO (CALLE O PLAZA) a efectos fiscales	NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA

LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

☐ CUENTA AJENA ☐ CUENTA PROPIA Fecha de suspensión del contrato: / /

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL
Fecha probable del parto: / /	Fecha nacimiento del bebé: / /

3. DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL	C.I.F.

DOMICILIO (CALLE O PLAZA) a efectos fiscales	NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA

LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

4. DATOS FISCALES

TIPO VOLUNTARIO IRPF:	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 pensionistas ☐ Tipo voluntario:_____%

5 COBRO (Número código IBAN para el cobro de la prestación)

IBAN | E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Para evitar errores y asegurarnos de que es titular de la cuenta, le aconsejamos que presente una fotocopia de la cuenta bancaria junto a esta solicitud.*

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

En _____ a _____ de _____ de 20___

Firma del solicitante

IMPRIMIR GUARDAR

BORRAR TODO
¡No se puede deshacer!

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo

Información básica sobre privacidad

Todos los datos son obligatorios para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Más información sobre protección de datos y sus derechos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad.

Contacto DPD: dpd@mutuabalear.es

MUTUA BALEAR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO, C.I.F. G 07046196