

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN DE GASTOS

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 43 40 84 | Email: administracionpagos@mutuabalear.es

Nº de expediente:

1. DATOS DEL SOLICITANTE*								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE				
FECHA DE NACIMIENTO / /		NIF / NIE		NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL / /				
DOMICILIO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)				NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD			PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO				

2. DATOS DEL ACOMPAÑANTE (SI PROCEDE)			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF / NIE		PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	

3. GASTO A COMPENSAR*	
<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO INDICAR MEDIO DE TRANSPORTE: PERIODO del ... / ... / ... a ... / ... / ...
<input type="checkbox"/>	VEHÍCULO PARTICULAR INDICAR MATRÍCULA: PERIODO del ... / ... / ... a ... / ... / ... INDICAR TRAYECTO; DESDE (LOCALIDAD) : HASTA (LOCALIDAD):
<input type="checkbox"/>	FARMACIA
<input type="checkbox"/>	OTROS INDICAR:
IMPORTE:	

4 COBRO (Número código IBAN para el cobro de la prestación)*	
IBAN	<input type="text"/>

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.

* Campos obligatorios

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.

Firma del solicitante

En _____ a _____ de _____ de 20__

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

Información básica sobre privacidad

Responsable: MUTUA BALEAR | Finalidad: Evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Legitimación: Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la Mutua por la normativa aplicable en materia de seguridad social, cumplimiento de obligaciones en materia fiscal, contable, de seguridad social y sanitaria. Interés legítimo para la evaluación de los servicios de la Mutua | Destinatarios: Sus datos sólo serán comunicados a terceros por obligación legal, con su consentimiento o cuando sea necesario para la gestión y el control de las prestaciones, por ejemplo a administraciones o entidades que tengan competencia y control de las prestaciones y a otras mutuas con las que MUTUA BALEAR colabora | Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional. | Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabaleaer.es/portal-privacidad> | Contacto DPD: dpd@mutuabaleaer.es

DOCUMENTACIÓN

1. Se deben aportar los justificantes de gasto originales para que se la abone la compensación de gastos.
2. Para los gastos de farmacia deben aportar original de la receta médica y factura/ticket de farmacia
3. En el caso de pruebas/consultas externas a Mutua Balear, se deberán aportar los justificantes de asistencia.
4. Para el abono de los taxis se necesitará autorización del facultativo.
5. Deben aportar, en todos los casos, fotocopia del D.N.I., N.I.E. O PASAPORTE