

## SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LACTÀNCIA NATURAL (REL)

Empleni aquest imprès de la forma més exacta possible per a així facilitar el tràmit de la prestació. Abans de començar, llegeixi detingudament les instruccions. Recomanem que escrigui amb l'ordinador per tal d'evitar errors d'interpretació. Si escriu a mà utilitzi lletres majúscules i escrigui amb claredat.  
Telèfon de contacte: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SEGELL D'ENTRADA

Nº d'expedient:

**MOLT IMPORTANT:** la prestació econòmica que sol·licita no podrà ser reconeguda si prèviament no li ha estat extesa per la mútua el certificat mèdic en el qual s'estableixi l'existència del risc per a l'embaràs o la lactància natural

1. DADES PERSONALS										
PRIMER COGNOM			SEGON COGNOM			NOM				
DATA DE NAIXEMENT / /		NIF / NIE		NACIONALITAT		NÚMERO D'AFILIACIÓ SEGURETAT SOCIAL / /				
DOMICILI (CARRER O PLAÇA) a efectes fiscals						NÚMERO	BLOC	ESCALA	PIS	PORTA
LOCALITAT			PROVÍNCIA				CODI POSTAL			
TELÈFON FIX		TELÈFON MÒBIL		CORREU ELECTRÒNIC						

2. MOTIU DE LA SOL·LICITUD		
<input type="checkbox"/> COMPTE ALIÈ	<input type="checkbox"/> COMPTE PROPI	Data de suspensió del contracte: / /
RISC DURANT L'EMBARÀS Data probable del part: / /		RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL Data naixement del nadó: / /

3. DADES DE L'EMPRESA										
RAÓ SOCIAL						C.I.F.				
DOMICILI (CARRER O PLAÇA) a efectes fiscals						NÚMERO	BLOC	ESCALA	PIS	PORTA
LOCALITAT			PROVÍNCIA				CODI POSTAL			

4. DADES FISCALS	
TIPUS VOLUNTARI IRPF: %	Si la seva residència fiscal és en TERRITORI FORAL, a efectes de retenció per IRPF, desitja que se li apliqui: <input type="checkbox"/> Taula general. Número de fills: <input type="checkbox"/> Taula de pensionistes <input type="checkbox"/> Tipus voluntari: %

5 COBRAMENT (Número codi IBAN per al cobrament de la prestació)																			
IBAN																			

\*Per evitar errors i assegurar-nos que és titular del compte, li aconsellem que presenti una fotocòpia del compte bancari juntament amb aquesta sol·licitud.

**DECLAR**, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consign en la present sol·licitud, manifestant, igualment, que qued assabentat de l'obligació de comunicar a MUTUA BALEAR qualsevol variació d'aquestes que pogués produir-se mentre percebi la prestació.

Signatura del sol·licitant

A \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Abans de signar aquest formulari, ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que es troba més avall.**

#### Informació bàsica sobre privacitat

Totes les dades són obligatòries per a la correcta tramitació de la seva sol·licitud. El responsable del tractament és MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalitat és la tramitació i la gestió de la seva sol·licitud, el compliment d'obligacions legals i finalitats de gestió de la qualitat. Les persones interessades tenen dret a sol·licitar l'accés, la rectificació o supressió, la limitació del tractament i la portabilitat de les seves dades, així com a oposar-se al seu tractament i a presentar una reclamació davant d'una autoritat de control. Més informació sobre protecció de dades i els seus drets a la política de privacitat per a empreses mutualistes publicada a <https://www.mutuabalear.es/ca/portal-privacitat>.