

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		
<input type="checkbox"/> CUENTA AJENA	<input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA	Fecha de suspensión del contrato: / /
RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Fecha probable del parto: / /		RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL 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: <input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos: ____ <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: ____%

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

*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.

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

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

