

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

Rellenar los datos en ordenador mediante formulario pdf o a mano con letra clara. Es imprescindible firmar el impreso de solicitud y acompañarlo de la documentación y justificantes necesarios.

SELLO DE ENTRADA

Fecha 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 DE LA TRABAJADORA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO / /	NIF / NIE	E-MAIL

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	<input checked="" type="checkbox"/> Si trabaja por cuenta ajena, Fecha de suspensión de contrato: Fecha probable del parto:	<input checked="" type="checkbox"/> Si es autónoma (trabaja por su cuenta), Fecha de suspensión de contrato: Fecha probable del parto:
---	---	--

<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	<input checked="" type="checkbox"/> Si trabaja por cuenta ajena, Fecha de suspensión de contrato: Fecha del nacimiento del bebé:	<input checked="" type="checkbox"/> Si es autónoma (trabaja por su cuenta), Fecha de suspensión de contrato: Fecha del nacimiento del bebé:
--	--	---

3. DATOS FISCALES

TIPO VOLUNTARIO DE RETENCIÓN POR 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 pensiones Tipo voluntario: %

4 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, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando 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

L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales incluidos en el presente documento y los que se faciliten con posterioridad, bien por el interesado, bien por la Seguridad Social, se incorporarán a un fichero de MUTUA BALEAR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº183, para la tramitación y gestión de la prestación a la que pueda tener derecho. El interesado consiente expresamente a que Mutua Balear trate sus datos de salud, incluidos los que figuran en los historiales médicos que la entidad posee, con la finalidad indicada de tramitación y gestión de la posible prestación. Así mismo, el interesado consiente en que sus datos, incluidos los de salud, sean comunicados a la Seguridad Social con la finalidad antes indicada. Si el interesado facilita datos de terceros, manifiesta que dispone de su consentimiento y que trasladará a éstos la información sobre los ficheros que aquí se le facilita. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a MUTUA BALEAR C/ Bisbe Campins, 4. 07012, Palma.