

ACUERDO ENTRE PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES CUANDO AMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

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:

Don/Doña _____ con DNI/NIE/pasaporte _____
y número de la Seguridad Social _____

y

Don/Doña _____ con DNI/NIE/pasaporte _____
y número de la Seguridad Social _____

como progenitores / adoptantes / tutores del menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación

ACUERDAN

que sea Don/Doña _____ quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, que se iniciará con fecha ___/___/___

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma progenitor 1

Firma progenitor 2

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