

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 PROPÍ	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>.