

## SOLICITUD FONDO DE PRESTACIONES ESPECIALES

Teléfono de contacto: 971 21 43 52

Nº DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

H.C. MUTUA: \_\_\_\_\_

EXPT. MUTUA: \_\_\_\_\_

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 que acrediten los motivos y circunstancias de la solicitud.

1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE				
FECHA DE NACIMIENTO / /		NIF / NIE			EMPRESA					
DOMICILIO (CALLE, AV, PLAZA...)						NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD			PROVINCIA				CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO FIJO			TELÉFONO MÓVIL			E-MAIL				

2. DATOS DE LA SITUACIÓN DEL TRABAJADOR			
PROFESIÓN Y CATEGORÍA		ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA EN AÑOS	TIPO DE CONTRATO
ACTUALMENTE, ESTÁ EN SITUACIÓN DE			
<input type="checkbox"/> BAJA MÉDICA <input type="checkbox"/> ALTA CURACIÓN <input type="checkbox"/> PENDIENTE RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> OTROS			
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD		FECHA DE ALTA MÉDICA	INGRESOS MENSUALES ACTUALES
¿TIENE INCAPACIDAD?	GRADO DE INCAPACIDAD		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SECUELAS			
SU VIVIENDA ES			
<input type="checkbox"/> DE PROPIEDAD <input type="checkbox"/> DE ALQUILER, CON PAGO MENSUAL (CUANTÍA): _____ <input type="checkbox"/> OTROS			
¿HA PERCIBIDO O PERCIBIRÁ CUANTÍA POR SEGURO COLECTIVO O INDIVIDUAL, O POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN?			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    (CUANTÍA EN EUROS): _____ (De no haberse percibido todavía, indicar cuantía: _____ y fecha aproximada: _____)			
NIVEL DE ESTUDIOS Y PREPARACIÓN			

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196

NOTA: Las solicitudes se referirán a supuestos no previstos o regulados en la Legislación de la Seguridad Social o en las Normas específicas de los Regímenes Especiales. En virtud de lo dispuesto en la reglamentación existente, no cabe recurso en vía alguna contra el acuerdo adoptado por esta Comisión.



A. MIEMBROS QUE CONVIVEN EN LA UNIDAD FAMILIAR					
NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD ACTUAL	INGRESOS MENSUALES COSTE ESTUDIOS

### B. AYUDA SOLICITADA, CUANTÍA Y MOTIVACIÓN

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma y Sello

**NOTA**

Las solicitudes se referirán a supuestos no previstos o regulados en la Legislación de la Seguridad Social o en las Normas específicas de los Regímenes Especiales.

En virtud de lo dispuesto en la reglamentación existente, no cabe recurso en vía alguna contra el acuerdo adoptado por esta Comisión.

**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](mailto:dpd@mutuabalear.es)