

SOLICITUD FONDO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Teléfono de contacto: 971 21 34 00

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
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"/> DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> OTROS							
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD		FECHA DE ALTA MÉDICA			INGRESOS MENSUALES ACTUALES		
¿TIENE INCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRADO DE INCAPACIDAD					
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							

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

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 Régimen 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