

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
				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"/> DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> OTROS			
FECHA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD		FECHA DE ALTA MÉDICA	INGRESOS MENSUALES ACTUALES
¿TIENE INCAPACIDAD?	GRADO DE INCAPACIDAD		
<input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ (CUANTÍA EN EUROS): _____			
(De no haberse percibido todavía, indicar cuantía: _____ y fecha aproximada: _____)			
NIVEL DE ESTUDIOS Y PREPARACIÓN			

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

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