

MODEL DE SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL

Comenceu per aquesta mateixa pàgina, però abans llegiu detingudament tots els apartats i les instruccions sobre cadascun d'ells. Empleneu l'imprès de la manera més completa i exacta possible, ja que així facilitareu el tràmit de la vostra prestació.

ESCRIVIU AMB CLAREDAT I EN LLETRES MAJÚSCULES

GRÀCIES PER LA VOSTRA COL·LABORACIÓ

1. Dades personals

Primer cognom		Segon cognom		Nom				
Data de naixement	N. Seguretat Social	DNI-NIE-TIE		Telèfon de contacte				
Domicili habitual (carrer o plaça)				N.	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província		Nacionalitat				
Correu electrònic								
Règim		Pluriocupació <input type="checkbox"/>		Pluriactivitat <input type="checkbox"/>				

2. Dades de l'empresa

Nom o raó social									
Domicili				N.	Bloc	Escala	Pis	Porta	Codi postal
Localitat			Província						
Telèfon fix	Telèfon mòbil	Fax	Correu electrònic						

3. Motiu de la sol·licitud

<input type="checkbox"/> Risc durant l'embaràs Data probable del part
<input type="checkbox"/> Risc durant la lactància natural Data de naixement del fill/de la filla

4. Altres dades

4.1 Dades fiscals									
Tipus voluntari de retenció per IRPF %									
Si la vostra residència fiscal està en TERRITORI FORAL, a l'efecte de retenció per IRPF desitgeu que se vos apliqui:									
<input type="checkbox"/> Taula general. Nombre de fills/filles			<input type="checkbox"/> Taula de pensionistes			<input type="checkbox"/> Tipus voluntari			
4.2 Domicili de comunicacions a efectes legals (només si és diferent de l'indicat en l'apartat 1)									
Domicili (carrer o plaça)				N.	Bloc	Escala	Pis	Porta	N. de telèfon
Codi postal	Localitat		Província			País			

5. Datos de l'assessoria

Nom de l'assessoria	CIF de l'assessoria	N. RED
Persona de contacte	Correu electrònic	
Adreça	Telèfon	

Per al cas d'haver-se consignat en la sol·licitud persona o entitat autoritzada per a l'ús del Sistema RED (gestor, assessor, etc.), el/la sol·licitant presta el seu consentiment per a la cessió de les dades consignades i altres que s'obtinguin en la tramitació de l'expedient a eixe autoritzat RED:

Signatura consentiment:

--

6. Dades bancàries

Nom de l'entitat financera		Domicili	Número
Codi postal	Localitat	Província	
<input type="checkbox"/> En compte/llibreta <input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> Ordinària		IBAN (Codi Internacional de Compte Bancari, 24 dígitos)	
		BIC (Codi Internacional d'Entitat Bancària, 11 dígitos)	

El beneficiari efectua Declaració Responsable Expressa, de ser titular del compte bancari indicat en l'anterior apartat, en la qual demana li sigui pagada la prestació econòmica sol·licitada:

Signatura:

--

7. Al·legacions

--

Amb la finalitat d'agilitar la tramitació del pagament de la seva prestació, confirmi la seva SOL·LICITUD de rebre tota comunicació i/o notificació relacionada amb la gestió del seu expedient a l'adreça de correu electrònic indicada en el formulari de la seva sol·licitud.

Sol·licito que totes les comunicacions i/o notificacions relacionades amb el meu expedient, es realitzin telemàticament, mitjançant l'ús del correu electrònic indicat.

El/la sol·licitant declara, sota la seva responsabilitat, que són certes les dades que consigna en la present sol·licitud, manifestant que queda assabentat/da de l'obligació de comunicar a Unió de Mútues qualsevol variació d'aquestes que pugui produir-se.

....., a de de

Signatura sol·licitant:

--

D'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades 2016/679 y Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals, l'informem que el responsable del tractament de les seves dades és Unió de Mútues, MCSS n. 267. La finalitat del tractament de les seves dades serà la de gestionar l'assistència sanitària i prestació econòmica, així com realitzar qualsevol tràmit necessari dins del marc de les atribucions legalment encomanades a aquesta entitat com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social, a més de per a ser contactat amb la finalitat de recaptar la seva opinió únicament sobre la qualitat del servei, en l'assistència sanitària i prestació econòmica, que Unió de Mútues li presti. Unió de Mútues garanteix el secret professional dels que intervenen en el tractament de les seves dades, així com el respecte a la intimitat personal i familiar dels interessats, entesa com un dret fonamental d'aquests. L'informem que vostè té dret a accedir, rectificar, suprimir, limitar o oposar-se al tractament de les seves dades així com a la portabilitat d'aquestes en els termes legalment establerts, mitjançant escrit dirigit a UNIÓN DE MÚTUAS, MCSS n. 267, presentant-lo en qualsevol de les seves delegacions. A través del següent enllaç web <https://www.uniondemutuas.es/politicadeprivacitatiprotecciondedadesdecaracterpersonal/> li proporcionem informació addicional sobre el tractament de les seves dades de caràcter personal.