

# MODEL DE SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ PER 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

<b>4.1 Dades fiscals</b>									
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 aplique:									
<input type="checkbox"/> Taula general. Nombre de fills/filles .....			<input type="checkbox"/> Taula de pensionistes		<input type="checkbox"/> Tipus voluntari .....				
<b>4.2 Domicili de comunicacions a efectes legals (només si és diferent de l'indicat en l'apartat 1)</b>									
Domicili (carrer o plaça)				N.	Bloc	Escala	Pis	Porta	N. de telèfon
Codi postal	Localitat		Província			País			

## 5. Dades de l'assessoria

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

Per al cas que hàgeu consignat en la sol·licitud persona o entitat autoritzada per a l'ús del Sistema RED (gestor, assessor, etc.), la sol·licitant presta el seu consentiment per a la cessió de les dades consignades i altres que s'obtinguen en la tramitació de l'expedient a eixa persona o entitat autoritzada 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 dígits)	
		BIC (Codi Internacional d'Entitat Bancària, 11 dígits)	

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

Signatura:

## 7. Al·legacions

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

- Sol·licite que totes les comunicacions i/o notificacions relacionades amb el meu expedient, es realitzen telemàticament, mitjançant l'ús del correu electrònic indicat.
- La vostra opinió ens importa molt i ens ajudarà a millorar. Marcant aquesta casella us contactarem per telèfon, mòbil o correu electrònic, amb la finalitat de recaptar la vostra opinió sobre la gestió i tràmits relacionats amb la prestació econòmica sol·licitada a Unió de Mutuas.

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

....., a ..... de ..... de .....

Signatura sol·licitant: