

SOLICITUD PRESTACIÓN CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

1. DATOS PERSONALES									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO / /		SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		DNI/NIE/PASAPORTE		NACIONALIDAD		Nº AFILIACIÓN S.S. / /	
DOMICILIO (CALLE O PLAZA) a efectos fiscales					NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD			PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL			E-MAIL				
RELACIÓN CON EL MENOR <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor						FAMILIA MONOPARENTAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

2. DATOS DEL OTRO PROGENITOR / ADOPTANTE / ACOGEDOR / TUTOR		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF/NIE	Nº AFILIACIÓN S.S. / /	TELÉFONO
ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> Reg. General SS.SS. <input type="checkbox"/> Autónomo/a <input type="checkbox"/> Funcionario/a <input type="checkbox"/> Régimen especial de <input type="checkbox"/> Otros		

3. DATOS DEL MENOR O LOS MENORES		
APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE/PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO / /
		/ /
		/ /

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD		
FECHA INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR / /	FECHA INICIO JORNADA REDUCIDA / /	PORCENTAJE REDUCCIÓN JORNADA %

5. COBRO (Número código IBAN para el cobro de la prestación)

IBAN

6. MUTUA A LA QUE PERTENECE

MUTUA BALEAR
 egarsat
 MAZ
 Mutua Montañesa
 Mutua navarra
 umivale Activa

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma del solicitante

En _____ a _____ de _____ de 20__

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de la su solicitud.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- DATOS PERSONALES:** Este apartado se cumplimentará con los datos de identificación personal y de residencia permanente del solicitante.
- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR:** Si hay otro progenitor, cumplimente sus datos de identificación personal y laboral, indicando si pertenece al Sistema de la Seguridad Social. De pertenecer a otro Sistema o Colegio Profesional, indíquelo.
- DATOS DE LOS MENORES:** Cumplimente los datos solicitados. Si el menor ha cumplido los 14 años, el dato DNI/NIE/Pasaporte es obligatorio.
- MOTIVO DE LA SOLICITUD:** Cumplimente las casillas correspondientes y consigne las fechas y datos de que disponga.
- COBRO:** Si lo conoce, debe indicar el IBAN, que es el equivalente a su número internacional de cuenta bancaria. Puede encontrarlo en los recibos y/o comunicaciones que le envía su banco.

Información básica sobre privacidad

Responsable: MUTUA BALEAR | Finalidad: Evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Legitimación: Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la Mutua por la normativa aplicable en materia de seguridad social, cumplimiento de obligaciones en materia fiscal, contable, de seguridad social y sanitaria. Interés legítimo para la evaluación de los servicios de la Mutua | Destinatarios: Sus datos sólo serán comunicados a terceros por obligación legal, con su consentimiento o cuando sea necesario para la gestión y el control de las prestaciones, por ejemplo a administraciones o entidades que tengan competencia y control de las prestaciones y a otras mutuas con las que MUTUA BALEAR colabora | Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional. | Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos 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