

SOLICITUD DE PRESTACIONES ESPECIALES

1.- Datos solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio		CP	Localidad	Provincia
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil/fijo	Correo electrónico	En calidad de		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Solicitante: <input type="checkbox"/> Beneficiario: <input type="checkbox"/> Parentesco: <input type="text"/>		

2.- Datos trabajador/a, si no fuera la persona solicitante de la prestación

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio		CP	Localidad	Provincia
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil/fijo	Correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

3.- Otros datos de la persona que ha sufrido el accidente de trabajo(AT) o la enfermedad profesional(EP)

Fecha del AT/EP	En baja médica: <input type="checkbox"/> En alta médica: <input type="checkbox"/> En espera de resolución de IP: <input type="checkbox"/>			Base Reguladora AT/EP
<input type="text"/>				<input type="text"/> €/año
Incapacidad permanente (IP):	Total: <input type="checkbox"/>	Absoluta: <input type="checkbox"/>	Gran invalidez: <input type="checkbox"/>	Fecha: <input type="text"/>
Cuantía de la incapacidad permanente:	<input type="text"/> €/año		Otros ingresos:	<input type="text"/> €/año
Trabajador o trabajadora en activo:	<input type="checkbox"/> Desempleado/a: <input type="checkbox"/>	Fecha de pérdida del empleo: <input type="text"/>		
Cuantía de la prestación de desempleo:	<input type="text"/> €/año		Fecha fin del derecho a desempleo: <input type="text"/>	

4.- Tipo de ayuda solicitada y justificación de su necesidad

5.- Documentación mínima exigible

DNI/NIE/Pasaporte del trabajador/a, y de la persona solicitante, si fuera distinta.
Facturas, tickets, presupuestos, así como cualquier otro documento que pueda justificar el gasto.
Parte del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

6.- Otra documentación

Dependiendo el tipo de prestación solicitada, en su centro de referencia de la mutua, le informaremos de la documentación adicional que deberá entregar para la gestión de su solicitud.

7.- Documentación adicional aportada

1.	4.
2.	5.
3.	6.

8.- Datos bancarios

Titular de la cuenta:				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
Código IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

9.- Fecha y firma

Autorizo, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme vía telemática, tanto a la dirección de correo electrónico como al teléfono móvil que se detallan en el apartado 4, actos relacionados con el presente trámite. AUTORIZO NO AUTORIZO

Declara bajo su responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente declaración y que, al día de la fecha, los datos declarados siguen siendo vigentes y asimismo quedo enterado de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los datos en ella expresados, que pudieran producirse durante la percepción de la prestación, informándose que en caso de resultar inciertos, la Mutua se reserva el derecho de reclamación de la prestación a que hubiera dado lugar.

En , a de de

Firma del solicitante

CLÁUSULA INFORMATIVA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES ESPECIALES

De conformidad con el Reglamento general de Protección de Datos EU 2016/679 (RGPD), le informamos que sus datos serán tratados, como responsable, por MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115 (CESMA), con la finalidad de gestionar o tramitar su solicitud de prestación económica.

Dichos datos no serán cedidos a ningún destinatario, excepto a los que legalmente estuviéramos obligados.

Por interés legítimo de CESMA, para poder mejorar en los servicios que le prestamos e incrementar su grado de satisfacción, le informamos que usaremos los datos de contacto para poder realizar encuestas de satisfacción sobre la atención recibida.

La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del Convenio de Asociación suscrito entre su empresa y CESMA, así como el Real Decreto 1993/1995, de 07 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de AT y EP de la Seguridad Social.

Los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa mencionada, en cualquier momento puede ejercitar los derechos, respecto de sus datos personales, de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como poder revocar el consentimiento en cualquier momento, enviando un escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI, o documento acreditativo equivalente a MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115, Avenida Nuestra Señora de Otero s/n (51002 CEUTA).

En caso de querer consultar cualquier información sobre la gestión de sus datos personales, podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo: dpd@mutuacesma.com.

Igualmente tendrá derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan Nº 6, 28001, Madrid, contacto: www.agpd.es, o tlf : 912 663 517