

SOLICITUD DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Nº afiliación Seg. Social	DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de Nacimiento
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Email
Domicilio Personal		
Localidad	Provincia	Código Postal
Grado de discapacidad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Del 33% al 65% <input type="checkbox"/> Desde el 65%		

2. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA MUTUA

Nº de solicitud	Nº de CASO
-----------------	------------

3. DATOS DE LA SITUACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR

Nombre de la empresa en la que se accidentó		
Profesión habitual	Fecha ingreso empresa	Tipo de contrato
¿En qué situación se encuentra en la actualidad? <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"/> Otros		
Fecha baja médica	Fecha alta médica	
¿Percibe usted algún tipo de prestación del Estado o comunidad autónoma? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo señale la prestación que sobra usted actualmente		
<input type="checkbox"/> Prestación por desempleo de nivel contributivo	<input type="checkbox"/> Renta activa de inserción (RAI)	
<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo por agotamiento de la prestación contributiva	<input type="checkbox"/> Protección por desempleo de los trabajadores eventuales agrarios de Andalucía y Extremadura	
<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo para mayores de 52 años	<input type="checkbox"/> Protección por desempleo a víctimas de violencia de género	
<input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo por pérdida del empleo	<input type="checkbox"/> Programa temporal de Protección por Desempleo e Inserción	
<input type="checkbox"/> Otros subsidios de desempleo	<input type="checkbox"/> Otras prestaciones	

4. SITUACIÓN FAMILIAR

Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado			
Número de hijos a cargo			
Año nacimiento hijo 1º	Año nacimiento hijo 2º		
Año nacimiento hijo 3º	Año nacimiento hijo 4º		
Número de ascendientes que convivan con usted			

¿Existen miembros de la unidad familiar calificados como dependientes en cualquiera de los grados de dependencia y/ incapacitados?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Hay otros familiares o personas o su cargo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nivel de estudios y preparación	

5. PRESTACIÓN SOLICITADA

- Ayuda para costear el ingreso en un centro sociosanitario o residencial
- Ayuda para costear los gastos vinculados al ingreso de un trabajador en un centro hospitalario
- Ayuda para prótesis y ayudas técnicas no regladas.
- Ayuda para tratamientos médicos o terapias no reglados
- Cursos para la formación profesional e inserción socio laboral
- Adaptación del local donde el trabajador autónomo desarrolla su actividad
- Ayuda para la formación en el cuidado de personas en situación de Gran Invalidez.
- Ayuda para la eliminación de barreras en la vivienda habitual.
- Ayuda para la adquisición de vivienda habitual adaptada.
- Ayuda para la adaptación de vehículo.
- Apoyo domiciliario para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.
- Ayuda para el acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
- Complemento al auxilio por defunción.
- Ayuda para el mantenimiento de la posesión o disfrute de la vivienda habitual.
- Otras prestaciones a favor del trabajador que haya sufrido un accidente de trabajo o enfermedad profesional y se encuentre en especial estado o situación de necesidad y de sus derechohabientes.

Cuantía solicitada
Motivo de la solicitud

He leído el presente impreso, así como las instrucciones de cumplimentación y notas aclaratorias que configuran el mismo, y, estando de acuerdo con las mismas y aceptando las condiciones y requisitos, de los cuales he sido debidamente informado, firmo la presente solicitud.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo. El solicitante

IMPORTANTE

- La Comisión de Prestaciones Especiales de Mutua Montañesa se reúne en función de las solicitudes recibidas, por lo que su solicitud será tomada en cuenta para la próxima reunión, siempre que la documentación aportada junto con la misma esté completa en el momento de su celebración.
- Las Prestaciones Especiales otorgadas por Mutua Montañesa tienen carácter graciable y su concesión se realiza teniendo en cuenta criterios de igualdad, estado de necesidad y disponibilidad de recursos, por lo que las resoluciones por las que se concedan o denieguen las prestaciones no son recurribles.
- La concesión de la prestación especial está condicionada a la existencia de la correspondiente consignación presupuestaria.
- La firma y presentación de la presente solicitud supone el conocimiento y la aceptación expresa de las condiciones, requisitos y características de las Prestaciones Especiales publicadas en la web de Mutua Montañesa www.mutuamontanesa.es, aspectos de los cuales ha sido debidamente informado el solicitante.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

- Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7, CIF: G39008321
- Domicilio social: calle Ataulfo Argenta, 19, 39004-Santander.
- Delegado de Protección de Datos: dpo@mutuamontanesa.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

Conservación de los datos: Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

Base legal: La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside en las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios: Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias,

- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc..
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.

Administraciones Públicas sanitarias.

- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

Derechos: Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataulfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email dpo@mutuamontanesa.es.

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>