



Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

---

## Solicitud Prestación Económica

### Cuidado de Menores Afectados por Cáncer u Otra Enfermedad Grave

---

#### Datos del SOLICITANTE

---

Apellidos y Nombre: ..... D.N.I. / N.I.E.: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... C. Postal: ..... Provincia: .....

Teléfono fijo: .....

**Teléfono Móvil:** ..... **Correo electrónico:** .....

Le informamos que Mutua Navarra podrá utilizar estos datos para sus comunicaciones, citaciones o notificaciones, haciéndose usted responsable de su recepción con los efectos que de ello se deriven.

Relación con el menor:

Progenitor                       Acogedor preadoptivo/permanente                       Tutor

¿Trabaja por cuenta propia o ajena?

Propia → Régimen Especial Trabajadores Autónomos

Ajena → Régimen General de la Seguridad Social → En su caso, Sistema Especial .....

#### Datos de la UNIDAD FAMILIAR

---

¿Conviven ambos progenitores?  Sí  No

¿Es familia monoparental?  Sí  No

#### Datos del OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/ACOGEDOR/TUTOR

---

Apellidos y Nombre: ..... DNI/NIE: .....

Trabaja por cuenta propia o ajena?

Propia → Régimen Especial Trabajadores Autónomos

Ajena → Por su actividad, pertenece a:

Régimen General de la Seguridad Social → En su caso, Sistema Especial .....

Funcionario

Otros (Otro Sistema, Colegio Profesional, etc): .....



Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

### Datos del MENOR

---

Apellidos y Nombre: ..... DNI/NIE: .....

Fecha Nacimiento: ..... /...../.....

¿Acude a algún Centro Educativo o de Cuidados Especiales? Sí  No

Nombre del Centro: .....

\*En caso de que autorice el contacto directo de esta *Mutua* con el Centro indique:

Persona de Contacto: ..... Cargo: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

### Motivo de la SOLICITUD

---

Fechas del ingreso hospitalario del menor: ..... /...../.....

¿Ha reducido la jornada laboral? Sí  No  → Fecha de inicio de la jornada reducida:..... /...../.....

Porcentaje de reducción: .....

### Datos sobre OTRAS PRESTACIONES

---

¿Ha recibido ayudas de otros organismos con la misma finalidad?

No

Sí  Organismo: .....

### \*AUTÓNOMOS: DATOS DE LA ASESORÍA/GESTORÍA:

---

Solicito que esta solicitud se gestione a través de: ( marcar en caso afirmativo)

Nombre Asesoría: .....

Persona de contacto: ..... Cargo: .....

Teléfonos: ..... /..... Email: .....

### En caso de ACUERDO ENTRE PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN:

---

Con la firma de ambos progenitores/adoptantes/tutores del menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación, se declara el ACUERDO expreso entre ambos de que quién va a ser el solicitante y por tanto quien va a disfrutar de la prestación sea la persona que figura como solicitante. (De no existir acuerdo adjuntar Doc. 8.)

Firmado por: .....

(Otro progenitor/adoptante/acogedor/tutor - no solicitante)



Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

**FIRMA:**

---

Declaro, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados, tanto de los interesados como del causante.

Solicito el abono de prestación solicitada manifestando mi consentimiento para que Mutua Navarra obtenga de la Tesorería General de la Seguridad Social los datos necesarios sobre los Certificados de cotización que se precisen para el cálculo de la prestación de incapacidad temporal.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firmado por: .....

(Solicitante - beneficiario)

**Nota: El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional, relacionada con este expediente, en caso de considerarlo necesario para su gestión.**

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

<input type="checkbox"/> <b>Solicitud incompleta</b>  Se le informará de la documentación pendiente de aportar en documento " <b>subsanción de defectos</b> ".	<input type="checkbox"/> <b>Solicitud completa</b>
--	--

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud y su gestión administrativa. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la correcta tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, [dpd@mutuanavarra.es](mailto:dpd@mutuanavarra.es)

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en [www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es).

Nº Expediente: .....

Sello Entrada:

## **DOCUMENTACION A APORTAR:**

### **Documentación del SOLICITANTE:**

1.  Solicitud cumplimentada y firmada por el interesado y el otro progenitor.
2.  Acreditación de la identidad del solicitante en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE (por ambas caras).
3.  Fotocopia de la primera página de la libreta bancaria en la que aparezcan los 24 dígitos del IBAN. (El titular deberá coincidir con el solicitante).
4.  "Certificado de Empresa – Solicitante". ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).

#### **En caso de TRABAJADORES RESPONSABLES DEL INGRESO DE LAS CUOTAS:**

5.  Declaración de Situación de Actividad, en relación a la parte de jornada que reduce. ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).
6.  Justificante de pago del mes anterior al inicio de la reducción de jornada.
7.  Certificado del solicitante, sellado por la Seguridad Social, en el que se indique el porcentaje de reducción de su actividad profesional (en relación a una jornada semanal de 40 horas) y la fecha de inicio de la misma.

### **Documentación de la UNIDAD FAMILIAR:**

8.  **En el supuesto de no convivencia entre progenitores y ausencia de acuerdo** sobre el que debe percibir la prestación, documento que acredite la custodia o a cargo de quién esta el menor.
9.  **En el supuesto de familia monoparental:** Libro de familia en el que conste un solo progenitor, o en el caso de que consten los dos progenitores, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono de familia de uno de ellos.

### **Documentación del OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/TUTOR:**

10.  Acreditación de la identidad del otro progenitor en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE (por ambas caras).
11.  "Certificado de Empresa – Otro Progenitor/Adoptante/Tutor". ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).
12.  **Si no pertenece al Sistema de la Seguridad Social**, debe aportar según proceda: Certificado del Colegio Profesional al que pertenezca; o Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo indicando que su actividad laboral se encuadra en el Sistema de Clases Pasivas  
 **Si es funcionario:** Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo indicando que le es de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público, la situación administrativa en la que se encuentra y si está disfrutando del permiso establecido en el Art. 49.e) de la mencionada ley.

### **Documentación relacionada con el MENOR:**

13.  Acreditación de la identidad del menor en vigor si dispone de ella \*(obligatorio para menores con 14 o más años): Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE (por ambas caras).
14.  Libro de familia o, en su defecto, certificado de inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción, acogimiento o tutela; o resolución judicial o administrativa por la que se haya concedido el acogimiento familiar preadoptivo o permanente, o en su caso, la tutela del menor.
15.  "Certificado SPS" firmado por un facultativo del Servicio Público de Salud. ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).
16.  Informe/Certificado de hospitalización del menor en el que conste la fecha de ingreso.
17.  Informes médicos complementarios relacionados con la enfermedad del menor.
18.  **En caso de estar en edad obligatoria de escolarización:** "Certificado Escolar". ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).

### **Documentación Adicional:**

19.  En caso de percibir cualquier otra prestación con la misma finalidad, adjuntar Resolución de la misma.
20.  Otros documentos: .....