

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:	Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL:	DNI / NIE / TIE:		TELÉFONO:				
DOMICILIO:				NÚMERO	BLOQUE	ESC.	PISO	PUERTA
CÓDIGO POSTAL:	LOCALIDAD:		PROVINCIA:		NACIONALIDAD:			

MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	FECHA DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE CESE EN LA ACTIVIDAD	FECHA PROBABLE DEL PARTO
<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LACTANCIA NATURAL	FECHA DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE CESE EN LA ACTIVIDAD	FECHA NACIMIENTO HIJO

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA		DOMICILIO:		NÚMERO
CÓDIGO POSTAL:	LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
NÚMERO CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC):				

DECLARO

Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a Ibermutuamur cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO

mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

En _____ a _____ de _____ de 200__

Firma de la solicitante