

SOLICITUD DE REVISIÓN DE IMPORTES DE PRESTACIÓN POR REGULARIZACIÓN DE SALARIO

1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
Fecha inicio de la prestación	Teléfono	Correo electrónico	

2. Datos de la empresa

Nombre o razón social	Código Cuenta Cotización (CCC)
-----------------------	--------------------------------

3. Prestación sobre la que se solicita la revisión

Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural	☐	Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes	☐
Cuidado de menores enfermos	☐	Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales	☐

4.- Motivo de la revisión (marque el que corresponda)

Aprobación de Convenio Colectivo o nuevas tablas salariales de aplicación al cálculo del importe de su prestación	☐
Sentencia judicial que determine un incremento de salario que resulte de aplicación al cálculo del importe de la prestación	☐

Le informamos que su solicitud será tramitada y resuelta en el momento en el que Mutualia reciba la cotización realizada por su empresa correspondiente al periodo objeto de cálculo de su prestación.

ENVÍOS Y RECEPCIÓN DE COMUNICACIONES E INFORMACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO: Mediante el presente documento AUTORIZO para que MUTUALIA pueda enviarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1 de datos generales de esta solicitud, actos de trámite y documentos relacionados con la tramitación del presente expediente, así como adelantar el acuerdo de reconocimiento/denegación de la prestación – este último sin perjuicio de que su notificación válida será en soporte papel y/o por correo postal. Igualmente, la persona solicitante podrá comunicarse con MUTUALIA a los efectos de este expediente en las siguientes direcciones de correo electrónico: **erandiprestaciones@mutualia.es** **prestacionesvi@mutualia.es** **prestacioneseconomicasgipuzkoa@mutualia.es**. En caso de NO autorizar la persona solicitante a la Mutua tal vía de comunicación telemática a través de correo electrónico, marcar la siguiente casilla con una X. En ese caso las comunicaciones y los acuerdos que se dicten se notificarán a la persona interesada en soporte papel, por correo postal al domicilio arriba indicado en esta solicitud. ☐

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud de pago directo que suscribo para que se me reconozcan diferencias de prestación, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los mismos que pudiera producirse.

En, a de de 20.....

Firma de la persona solicitante

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (OBLIGATORIA)

- **DNI-NIE-Pasaporte- carnet de conducir**
- **Certificado o documento bancario** en el que se identifique a la persona solicitante como titular de la cuenta de ingreso
- Si marca como motivo de revisión "Sentencia Judicial" aportarla

M 31.03/120 rev.1