

SOLICITUDE DE AXUDA DE ENTERRO

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

1	DATOS DA PERSOA SOLICITANTE			
	Número de afiliación a Muface ou á Seg. Social	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento _ / _ / _ _ _ _	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)
Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____ @ _____				

2	INFORMACIÓN SOBRE A PERSOA CAUSANTE			
	1º apelido	2º apelido	Nome	NIF
	Data de falecemento _ / _ / _ _ _ _			
	Marque cunha cruz "X" o suposto do que se trate			
☐ a) Persoa beneficiaria do/a titular ☐ b) Titular do documento asimilado ao de afiliación ☐ c) Fillo/a falecido/a antes de transcorrer un mes desde o seu nacemento e que cumpría os requisitos para ser persoa beneficiaria do/a titular ☐ d) Feto que permanecese no seo materno, cando menos, 180 días				

3	DOCUMENTACIÓN	
	Sinale cunha cruz "X" os documentos que Vde. achega	
☐ Documento de persoas beneficiarias do mutualismo administrativo ou documento asimilado ao de afiliación, segundo proceda, para a súa actualización. ☐ Certificado médico oficial do falecemento do/a beneficiario/a ou a fotocopia do Libro de familia no que conste o dito falecemento, ou a certificación do Rexistro Civil que acredite a defunción. ☐ Certificado médico oficial no que conste a data de interrupción do embarazo e o tempo de xestación (soamente para o suposto 2.d). ☐ Documento acreditativo dos gastos orixinados (soamente para o suposto 2.d) ☐ Outros documentos		

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.	Número de conta/libreta

5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (Para cubrir voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐		
	Rúa, praza e número			
	Código postal	Localidade		
	Provincia	País		

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:
Todos os datos anotados son certos e completos.

LUGAR, DATA E SINATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Máis información: <https://www.muface.es/protección-de-datos> Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: DPDmuface@muface.es.

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO

EXEMPLAR PARA MUFACE

DILIXENCIA

Cubrirase soamente se a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por non lle poder comprobar ao/á solicitante ou ao/á causante as condicións de afiliación ou de alta.

Comprobáronse os datos do/a solicitante e do/a causante aos que se refire a presente solicitude e a data do feito causante

- ☐ ambos os dous reunían as condicións de afiliación e/ou de alta precisas para a prestación.
- ☐ o/a solicitante reunía as condicións de afiliación e/ou de alta e o/a causante cumpría os requisitos do epígrafe 2.1.c) da instrucción SE-1/2000, modificado pola instrucción SE-1.1/2003.
- ☐ o/a solicitante reunía as condicións de afiliación e/ou de alta e o/a causante cumpría os requisitos do epígrafe 2.1.d) da instrucción SE-1/2000, modificada pola instrucción SE-1.1/2003.
- ☐ o/a solicitante non reunía as condicións de afiliación ou de alta que fosen precisas no suposto do que se trata.
- ☐ o/a causante non reunía as condicións de afiliación nin cumpría os requisitos dos epígrafes 2.1.c) ou d) da instrucción SE-1/2000, modificada pola instrucción SE-1.1/2003.
- ☐ outras circunstancias (especificar):

, de
O/A XEFE/A DE COLECTIVOS

PROPOSTA DE RESOLUCIÓN

Proponse a seguinte resolución:

Logo de ver a presente solicitude, os informes emitidos, a documentación achegada e os antecedentes oportunos, así como a normativa aplicable, acórdase:

☐ A APROBACIÓN por reunir os requisitos esixibles e concédeselle a cantidade de

EUROS

en concepto de axuda de enterro; o pagamento deste pode realizarse sen máis trámites.

☐ A DENEGACIÓN, por

, de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS

CONFORME

Notifíqueselle e, se é o caso, dispóñase o pagamento sen máis trámites.

, de de

EXEMPLAR PARA MUFACE

SOLICITUDE DE AXUDA DE ENTERRO

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

1	DATOS DA PERSOA SOLICITANTE			
	Número de afiliación a Muface ou á Seg. Social	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento _ / _ / _ _ _ _	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)
Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____ @ _____				

2	INFORMACIÓN SOBRE A PERSOA CAUSANTE				
	1º apelido	2º apelido	Nome	NIF	Data de falecemento _ / _ / _ _ _ _
	Marque cunha cruz "X" o suposto do que se trate				
	☐ a) Persoa beneficiaria do/a titular ☐ b) Titular do documento asimilado ao de afiliación ☐ c) Fillo/a falecido/a antes de transcorrer un mes desde o seu nacemento e que cumpría os requisitos para ser persoa beneficiaria do/a titular ☐ d) Feto que permanecese no seo materno, cando menos, 180 días				

3	DOCUMENTACIÓN	
	Sinale cunha cruz "X" os documentos que Vde. achega	
☐ Documento de persoas beneficiarias do mutualismo administrativo ou documento asimilado ao de afiliación, segundo proceda, para a súa actualización. ☐ Certificado médico oficial do falecemento do/a beneficiario/a ou a fotocopia do Libro de familia no que conste o dito falecemento, ou a certificación do Rexistro Civil que acredite a defunción. ☐ Certificado médico oficial no que conste a data de interrupción do embarazo e o tempo de xestación (soamente para o suposto 2.d). ☐ Documento acreditativo dos gastos orixinados (soamente para o suposto 2.d) ☐ Outros documentos		

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.	Número de conta/libreta

5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (Para cubrir voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐		
	Rúa, praza e número			
	Código postal	Localidade		
	Provincia	País		

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:
Todos os datos anotados son certos e completos.

LUGAR, DATA E SINATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Máis información: <https://www.muface.es/protección-de-datos> Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: DPDmuface@muface.es.

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO