

DOCUMENTACIÓN Y PLAZOS

ENFERMEDAD/ACCIDENTE:

1. SOLICITUD de la prestación por I.L.T., firmada por el Procurador/a y dirigida a esta Mutualidad.
Se puede remitir por fax al núm. 91/319.51.56 o por correo electrónico a ilt@mutuaprocuradores.es
2. INFORME MÉDICO detallado y legible, en el que se acredite tanto la enfermedad padecida, como la imposibilidad total para el ejercicio de la actividad profesional durante todo el periodo de duración de la misma, con indicación expresa de las fechas de baja y de alta, a fin de poder determinar los días de indemnización que le corresponden. En el caso de inmovilización por férulas, yesos u otros medios de fijación externa, deberá constar en el informe los días ha permanecido inmovilizado.
 - Para las bajas de larga duración se podrá acreditar que el procurador/a continúa incapacitado una vez transcurridos mas de 97 días desde la fecha de baja.
3. CERTIFICACIÓN del Colegio de Procuradores correspondiente, acreditativa del periodo completo de la baja profesional temporal, con indicación de las fechas de baja y de alta, así como del nombre del compañero que ha realizado la sustitución.
 - Para las bajas de larga duración el Colegio podrá certificar la continuidad de la baja una vez transcurridos mas de 97 días (periodo máximo establecido) a fin de poder finalizar la tramitación.

**PLAZOS: SOLICITUD (1): 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE LA BAJA.
DOCUMENTACIÓN (2 Y 3): 30 DÍAS DESDE LA FECHA DE ALTA, O BIEN QUE HAYAN TRANSCURRIDO MAS DE 97 DÍAS DESDE LA FECHA DE LA BAJA.**

NOTA: Los Colegio de Procuradores podrán comunicar a la Mutualidad la situación temporal del Procurador/a en los 30 días siguientes a la fecha de baja, en cuyo caso se considera cumplido el plazo de notificación de 30 días, debiendo remitirse la solicitud de la prestación con el resto de la documentación al finalizar el periodo de baja.

SOLICITUD DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA POR ENFERMEDAD

D./a _____
Procurador/a ejerciente en _____ solicito
la prestación de Incapacidad Laboral Transitoria por ENFERMEDAD que me
corresponda, con arreglo a lo estipulado en el Art. 10º del Reglamento del
Fondo Social de la Mutualidad, y me comprometo a remitir en los plazos
establecidos, la documentación necesaria.

En _____ , a _____ de _____ de 20____.

Fdo.:

Datos del solicitante:

- D.N.I. _____
- MUTUALISTA (S/N) _____
- COLEGIO AL QUE PERTENECE _____
- DIRECCIÓN _____ _____
TIPO DE ENFERMEDAD: _____