



MUTUALIDAD DE  
PROCURADORES

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

### Datos a cumplimentar por el solicitante:

Nº MUTUALISTA:		COLEGIO:		
NOMBRE Y APELLIDOS:		NIF.		
DIRECCIÓN:		NUM	PISO	
POBLACION:	PROVINCIA:		C.P.	
EMAIL		TELÉFONO (MÓVIL)		
TIPO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE		FECHA DE BAJA		
¿Le ha sido concedida prestación de incapacidad permanente absoluta de la Seguridad Social por la misma contingencia? En su caso, importe anual: _____ €.				

### Documentación a aportar inicialmente:

- Informe médico en el que acredite el tipo de enfermedad padecida.
- Fotocopia DNI en vigor.

### Documentación a aportar si resulta favorable la valoración del asesor médico:

- Certificación expedida por su Colegio Profesional, en el que se acredite el cese en el ejercicio de la profesión.
- Modelo 145 de datos personales y familiares del beneficiario para el cálculo de las retenciones sobre el IRPF.

### Datos bancarios:

NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA:

C.C.

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA



# MUTUALIDAD DE PROCURADORES

## Información básica sobre protección de datos:

RESPONSABLE	MUTUALIDAD DE PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA
FINALIDAD	Gestión de los productos o servicios contratados.
LEGITIMACIÓN	Ejecución de un contrato
DESTINATARIOS	Los datos se comunicarán a: Administraciones Públicas, en los casos previstos por la Ley y Entidades financieras, para el cobro de los servicios, así como a su colegio profesional, en su caso.
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el siguiente enlace: <a href="http://www.mutuaprocuradores.es/proteccion-de-datos/">www.mutuaprocuradores.es/proteccion-de-datos/</a>

Remitir por correo electrónico a: [ilt@mutuaprocuradores.es](mailto:ilt@mutuaprocuradores.es)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma