



MINISTERIO
DE JUSTICIA

**SOLICITUD PREPARADA
PARA CUMPLIMENTARSE
ELECTRÓNICAMENTE**

SECRETARIA DE ESTADO
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL
JUDICIAL
ÁREA DE PRESTACIONES
ECONÓMICAS

SOLICITUD DE AYUDA PARA GASTOS DE SEPELIO

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU	NIF/ Pasaporte / D. Identificación (U E)	
<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DOMICILIO: Calle o plaza y número	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	NUM. TELÉFONO	RELACIÓN (PARENTESCO) CON EL CAUSANTE
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		
<input type="text"/>		

DATOS DEL FALLECIDO/A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE FALLECIMIENTO	NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU	NIF/ Pasaporte / D. Identificación (U E)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Señale con X el supuesto de que se trate		
<p>a) <input type="checkbox"/> Titular mutualista, del Documento de Afiliación</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Titular no mutualista, del Documento de Afiliación</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Beneficiario del titular del Documento de Afiliación</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Hijo/a fallecido/a antes de haber transcurrido un mes desde su nacimiento y que cumpla los requisitos para ser beneficiario del titular y feto que haya permanecido en el seno materno al menos 180 días.</p>		

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

BANCO / CAJA	DOMICILIO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MUNICIPIO	CÓD. POSTAL	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

AVISO IMPORTANTE La falsedad en documento público, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser constitutiva de delito

Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero para la gestión de la prestación solicitada, cuya responsabilidad y custodia corresponde a la Mutualidad General Judicial. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados (Art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE del día 14)

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- **Certificado del acta de defunción del fallecido** ¹
- **Certificado de fecha actual del matrimonio**, cuando el solicitante sea cónyuge viudo no separado judicialmente y éste no figure como beneficiario en el Documento de Afiliación del fallecido¹
1 (En ambos casos bastaría con fotocopia compulsada del libro de familia actualizado a la fecha de la solicitud.)
- **Factura original** con todos los requisitos legales, expedida a nombre del solicitante, si el derecho corresponde a la persona que se haya hecho cargo de los gastos de sepelio.
- **Certificado médico oficial** en el que conste la fecha de interrupción del embarazo y el tiempo de gestación y documento acreditativo de los gastos originados (sólo para el supuesto d).
- **Otros documentos** que se aportan (especificar)

INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

En el caso de fallecimiento del mutualista, la ayuda corresponde al cónyuge viudo no separado judicialmente; a falta del anterior, a los hijos del fallecido que estuvieran incluidos como beneficiarios en su Documento de Afiliación; y, a falta de uno y otros, a quien acredite haber abonado los gastos de sepelio.

En el supuesto de fallecimiento del titular no mutualista del Documento de Afiliación, la Ayuda corresponde a la persona que acredite haber abonado los gastos de sepelio.

En el caso de fallecimiento de un beneficiario, la prestación corresponde al titular del Documento de Afiliación en el que figure incluido.

El plazo de presentación de la solicitud es de seis meses, contados a partir del día siguiente al del fallecimiento del causante, transcurrido el cual se producirá la caducidad del derecho.

En el caso de fallecimiento del mutualista, si la ayuda corresponde a los hijos de éste incluidos en su Documento de Afiliación, la solicitud deberá formularse por uno de ellos en nombre de todos.

Únicamente podrá formularse una solicitud de ayuda económica destinada a contribuir a sufragar los gastos de sepelio.

DECLARO bajo mi responsabilidad :

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud.

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Mutualidad General Judicial cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITO mediante su firma, que se dé curso a esta petición de prestación de Gastos de Sepelio, adoptando para ello todas las medidas conducentes a su mejor resolución.

....., adede 20
Firma