



MINISTERIO
DE JUSTICIA

**SOLICITUD PREPARADA
PARA CUMPLIMENTARSE
ELECTRÓNICAMENTE**

SECRETARIA DE ESTADO
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL
JUDICIAL
ÁREA DE PRESTACIONES
ECONÓMICAS

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

DATOS DEL MUTUALISTA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUM. DE AFILIACION 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	CODIGO 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	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NUM. TELEFONO
<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"/>

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DOCUMENTACION A APORTAR

Informe del Jefe de la Unidad Administrativa donde el interesado presta servicios, en el que conste:

- Fecha de la baja y del alta en el trabajo producida por el Accidente de trabajo o Enfermedad profesional.
- Expresión de las circunstancias determinantes de la enfermedad profesional o del accidente laboral.
- Que las lesiones producidas no dan lugar a la instrucción de expediente de jubilación por Incapacidad Permanente para el Servicio.

Dictamen facultativo del Médico que haya atendido al mutualista, con especificación de las lesiones, mutilaciones o deformidades sufridas por éste y su carácter definitivo, así como la fecha en que se produjeron

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)

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 Mutuality General Judicial cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITO mediante su firma, que se dé curso a esta petición de prestación de Lesiones Permanentes no Invalidantes, adoptando para ello todas las medidas conducentes a su mejor resolución

En....., adede 20
Firma