Deben imprimirse todas las hojas del formulario, incluida la información detallada sobre protección de datos.

Ibermutua
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274

Solicitud de Prestación Complementaria

Datos solicitante

Apellidos y nombre		D.N.I.:
Domicilio		Accidentado/a SI ☐ NO ☐
Localidad Código Postal	Provincia	Parentesco o relación con el accidentado/a:
Teléfono Fijo: Móvil:		

Datos accidentado/a

(1) No repetir datos si el accidentado/a y el solicitante es el mismo

Apellidos y nombre		D.N.I.:	Fecha Nacimiento
Nacionalidad	Nº Afiliación S.S.	Sexo: H ☐ M ☐	Estado Civil
Domicilio			
Localidad Código Postal		Provincia	
Teléfono Fijo: Móvil:		Correo Electrónico:	

Prestación que se solicita

Motivo de la solicitud:

Cuantía

En caso que esta solicitud de prestación complementaria se resuelva favorablemente, autorizo sea ingresada por transferencia bancaria al siguiente número de cuenta del que soy titular:

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha: **Firma:**

Ver al dorso la información detallada sobre protección de datos.