Ibermutua gallega

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274

Deben imprimirse todas as follas do formulario, incluída a información detallada sobre protección de datos.

Solicitude de prestación complementaria

Datos do solicitante

Apelidos e nome		DNI:
Domicilio		Accidentado/a SI☐ NO☐
Localidade Código postal	Provincia	Parentesco ou relación co/a accidentado/a:
Teléfono Fixo: Móbil:		

Datos do/a accidentado/a

(1) Non repetir os datos se o/a accidentado/a e o/a solicitante é o/a mesmo/a

Apelidos e nome		DNI:	Data de nacemento:
Nacionalidade	N.º de afiliación á Seguridade Social	Sexo: H☐ M☐	Estado civil
Domicilio			
Localidade Código postal			
Teléfono Fixo: Móbil:		Correo electrónico:	

Prestación solicitada

Motivo da solicitude:

Contía

No caso de que se resolva favorablemente esta solicitude de prestación complementaria, autorizo o ingreso da contía por transferencia bancaria no seguinte número de conta da que son titular:

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data: Sinatura

Ver no dorso a información detallada sobre protección de datos.