



**MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS GESTORES ADMINISTRATIVOS,
A PRIMA FIJA**

SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

D./Dña. _____, mutualista en situación de _____, nacido/a en _____ el día ____ de _____ de _____, con domicilio en _____, calle de _____, núm. _____, C.P. _____, teléfono _____, fax _____, correo electrónico _____, de estado civil _____ y con N.I.F. _____, al amparo de lo dispuesto en el Estatuto vigente de esa Mutualidad, y creyendo reunir los requisitos exigidos al efecto para obtener la pensión de invalidez desde la fecha en que cese en el ejercicio activo profesional y sea baja en el Colegio (caso de ser mutualista colegiado), solicita que se practique y se le comunique previamente la liquidación de la pensión mensual que ha de corresponderle de acuerdo con los datos y documentos siguientes:

TIEMPO RECONOCIDO COMO MUTUALISTA

Desde ____ de _____ de ____ hasta ____ de _____ de ____

Desde ____ de _____ de ____ hasta ____ de _____ de ____

Desde ____ de _____ de ____ hasta ____ de _____ de ____

para lo cual **acompaña los siguientes documentos:**

- Certificación de nacimiento del solicitante
- Fotocopia del D.N.I. del solicitante
- Certificación facultativa acreditativa de la inutilidad para toda clase de trabajo (preferiblemente del I.N.S.S.)

Asimismo, quien suscribe solicita a Usted que, una vez completo el expediente con la documentación requerida y previos los trámites necesarios, se digne proponer le sea reconocido y otorgado el derecho a la pensión de invalidez correspondiente.

En caso de que dicha prestación le sea concedida, ruega que el importe de la misma le sea ingresado mediante transferencia bancaria a la cuenta que sigue:

| Entidad | Sucursal | Dígito Control | Cuenta Corriente |
|---------|----------|----------------|------------------|
| | | | |

En _____, a ____ de _____ de 200__.

Firma

Señor Presidente de la Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija

**INFORME DE LA SECRETARÍA O DE LA DELEGACIÓN DE LA MUTUALIDAD
EN EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE GESTORES ADMINISTRATIVOS DE _____**

Recibida en esta oficina la presente solicitud el día ____ de _____ de _____, se reconoce la firma como la de la propia persona solicitante, D./Dña. _____.

En _____, a ____ de _____ de 200__.

El Secretario/
Delegado de la Mutualidad