



ADREÇA: CARRER SARDENYA NÚM. 355 PIS 1 PORTA 1, 08025 BARCELONA
ADREÇA ELECTRÒNICA: advocatagqm@icab.cat
MÒBIL: 649373851
FAX I TEL.: 93 4593326
WEB: <http://ailmed.wordpress.com/>

REGISTRE NÚM.: 34385

NIF.: G64545742

A LA DIRECCIÓ DE LA MUTUA D'ACCIDENTS DE TREBALL I MALALTIES PROFESSIONALS ASEPEYO

NOM I COGNOMS:

DNI NÚM.

FUNCIONARI DEL COS DE MOSSOS D'ESQUADRA AMB TIP NÚM.

AMB DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIÓ:

MUNICIPI:

CODI POSTAL:

TELÈFON:

Que el dia _____ vaig patir un **accident laboral** del que ja tenen coneixement la Mutua i la Direcció General de la Policia, produint-se unes lesions permanents no invalidants.

Aquesta part considera que es donen els requisits, segons la normativa vigent en matèria de Seguretat Social, i que té dret a una indemnització al tractar-se de **lesions permanents produïdes per un accident laboral**.

Les lesions suposen una **disminució o alteració** de la meva integritat, recollida en el Barem corresponent a l'empara del Real Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny, Text refós de la Llei General de la Seguretat Social, modificada per les Lleis 42/1994, 24/1997 i per la 40/2007, així com les Ordres i el Barem d'aplicació pel càlcul de les corresponents indemnitzacions.

Per tal motiu a la Mutua es demana que **iniciï els tràmits pertinents** i que siguin valorades les lesions no invalidants per part del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques elevant els esmentats informes a l'Institut Nacional de la Seguretat Social per tal que em siguin abonats els imports de les lesions no invalidants.

Data
Signatura

NOM I COGNOMS: