

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE PRESENTACIÓN      |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                               |
| OFICINA DELEGADA              |                               |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE         | REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE |

## SOLICITUD DE LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|   | Número de afiliación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Primer apellido                                                                                              | Segundo apellido | Nombre                                                                                                                                                 |
|   | NIF/Pasaporte/D.Identificación (UE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entidad médica                                                                                               | Teléfono         |                                                                                                                                                        |
|   | Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____.                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|   | Domicilio: Calle o plaza y número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código postal                                                                                                | Localidad        | Provincia                                                                                                                                              |
| 2 | <b>DESCRIPCIÓN DE LESIONES, MUTILACIONES O DEFORMIDADES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                  | <b>CAUSA Y FECHA</b><br>(Marque con "X" la cuadrícula que corresponda)                                                                                 |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP)<br>Fecha 1ª licencia ____/____/____                                                               |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> Accidente en acto de servicio (AS) o como consecuencia del mismo<br>Fecha ____/____/____                                      |
|   | En el supuesto de que el/la solicitante hubiera obtenido Resolución favorable de reconocimiento de derechos derivados de EP o AS (Capítulo III de la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre), indique:<br>Fecha de la resolución ____/____/____ Servicio Provincial de MUFACE donde se realizó:                                                                   |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
| 3 | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|   | IBAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Entidad bancaria                                                                                             | Sucursal         | DC Número de cuenta/libreta                                                                                                                            |
|   | Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso. |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
| 4 | <b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> (a rellenar voluntariamente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |                  | <b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</b>                                                                                                            |
|   | Domicilio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> |                  | 1. <b>Todo los datos</b> consignados en esta solicitud <b>son ciertos y completos.</b>                                                                 |
|   | Calle, plaza y número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |                  | 2. Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de cualquier otro Régimen público de la Seguridad Social.                     |
|   | Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Localidad                                                                                                    |                  | Lugar, fecha y firma del/de la solicitante, o de su representante debidamente acreditado/a. (Art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP) |
|   | Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | País                                                                                                         |                  |                                                                                                                                                        |

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> - Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EJEMPLAR PARA MUFACE

DPS 32.1 (03/24)

# INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

## REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN

- a) Existencia de lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo, que supongan una alteración o disminución de la integridad física del funcionario/a.
- b) Que hayan sido causadas por enfermedad profesional o por accidente en acto de servicio o como consecuencia del mismo.
- c) Que no sean suficientes para motivar la jubilación del funcionario/a mutualista por incapacidad permanente para el servicio o, en su caso, la declaración de pensionista por incapacidad permanente.
- d) Que aparezcan recogidas en el baremo de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes establecido por Orden del Ministerio competente, vigente en el momento en que se produzca el hecho causante, o que constituyan incapacidad permanente parcial.

## CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN

La prestación económica por Lesiones Permanentes no Invalidantes consiste en el abono de una indemnización, por una sola vez, que, en el ámbito del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado comprende dos modalidades, excluyentes entre sí:

- A** Si se trata de lesiones que no constituyen incapacidad permanente en ninguno de sus grados, se aplicará el baremo de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes aprobado por Orden del Ministerio competente, vigente en el momento en que se produzca el hecho causante, siempre que las lesiones aparezcan recogidas en dicho baremo.
- B** Si las lesiones son constitutivas de una incapacidad permanente parcial para la función habitual, la cantidad a abonar será la equivalente a 24 mensualidades de la base de cotización al mutualismo administrativo vigente en el mes de la primera licencia por enfermedad o, en su defecto, en el mes en que se produjo el accidente o se diagnosticó la enfermedad que dio lugar a las reducciones anatómicas o funcionales. Para el cálculo del importe de esta indemnización se prorratearán las bases de cotización correspondientes a las pagas extraordinarias de junio y diciembre (Art.110 b) del Reglamento General del Mutualismo Administrativo).

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre los señalados con ☒. En su caso, los señalados con ☐, marcándolos con X.

- ☒ Fotocopia compulsada de la Resolución del Expediente de Averiguación de Causas regulado en el capítulo II de la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, salvo que la misma obre en poder de MUFACE o exista previa resolución de la Mutualidad reconociendo el derecho a las prestaciones derivadas, bien de enfermedad profesional o bien de accidente en acto de servicio o como consecuencia del mismo, a que se refiere el capítulo III de dicha Orden.
- ☒ Informe del Jefe/a de la Unidad o Dependencia administrativa donde el/la interesado/a presta servicios, de que las lesiones producidas no dan lugar a la instrucción de expediente de jubilación por incapacidad permanente para el servicio ni, en su caso, a la declaración de pensionista por incapacidad permanente.
- ☒ Dictamen facultativo del Médico/a que haya atendido al/a la mutualista, con especificación de las lesiones, mutilaciones o deformidades sufridas y de su carácter definitivo, así como de la fecha en que se produjeron.

**Además** si las lesiones constituyeran incapacidad permanente parcial, por ocasionar una disminución del rendimiento normal no inferior al 33 por 100, se acompañarán los siguientes documentos:

- ☐ Certificación del Órgano de personal donde conste Cuerpo, Escala o plaza de pertenencia y grupo de adscripción del/de la mutualista, en el que desarrollaba sus funciones en el primer mes de la licencia por enfermedad o, en su defecto, en el mes en que se produjo el accidente en acto de servicio o se diagnosticó la enfermedad profesional que dio lugar a las reducciones anatómicas o funcionales. En casos excepcionales podrá admitirse certificado de haberes de la Unidad pagadora donde consten los conceptos retributivos y los descuentos desglosados, con referencia a la fecha del hecho causante, siempre y cuando del mismo se pueda deducir el grupo de adscripción del/de la mutualista y solamente a estos efectos.
- ☐ En caso de que no exista el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) en la provincia, informe emitido por el IMSERSO u Órgano competente de la Comunidad o de la Ciudad Autónoma correspondiente, expresivo del grado de discapacidad y porcentaje de alteración o disminución que las lesiones, mutilaciones o deformidades hayan ocasionado.

DILIGENCIA

Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el/la titular las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se han comprobado los datos del/de la titular al que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante,

- ☐ reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación.
- ☐ no reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación, por

,a de de  
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

INFORME DEL ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

Sólo se emitirá si no estuviese constituido el EVI en el correspondiente ámbito provincial. En tal caso, será además, requisito imprescindible para su emisión que el/la solicitante reúna las condiciones de afiliación precisas, de acuerdo con la diligencia precedente.

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe

☐ FAVORABLE, por:

☐ DESFAVORABLE, por:

a de de  
EL/LA ASESOR/A MÉDICO/A,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

PRIMERO.—

- ☐ RECONOCER el derecho a las prestaciones derivadas de:
- ☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL
- ☐ ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO O COMO CONSECUENCIA DEL MISMO

☐ ADMITIR el reconocimiento del derecho a la prestaciones derivadas de:

- ☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL
- declarado por MUFACE en expediente previo.
- ☐ ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO O COMO CONSECUENCIA DEL MISMO

SEGUNDO.— En lo que respecta a la prestación solicitada:

☐ SU APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de

en concepto de Indemnización por Lesiones Permanentes no Invalidantes; según la modalidad 

A ☐

 de esta prestación. 

B ☐

- ☐ SU DENEGACIÓN por:
- ☐ no haber quedado acreditada la enfermedad profesional o el hecho de que las lesiones, mutilaciones o deformidades se hayan producido por accidente en acto de servicio o como consecuencia del mismo.
- ☐ no figurar las lesiones, mutilaciones o deformidades en el baremo establecido por Orden del Ministerio competente, vigente en el momento en que se produzca el hecho causante ni, en su caso, alcanzar el grado de incapacidad permanente parcial.
- ☐ Otros motivos

,a de de  
EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES.

CONFORME

Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites.

,a de de  
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE  
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL,

|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE PRESENTACIÓN      |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                               |
| OFICINA DELEGADA              |                               |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE         | REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE |

## SOLICITUD DE LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|   | Número de afiliación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Primer apellido                                                                                              | Segundo apellido | Nombre                                                                                                                                                 |
|   | NIF/Pasaporte/D.Identificación (UE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entidad médica                                                                                               | Teléfono         |                                                                                                                                                        |
|   | Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____.                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|   | Domicilio: Calle o plaza y número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código postal                                                                                                | Localidad        | Provincia                                                                                                                                              |
| 2 | <b>DESCRIPCIÓN DE LESIONES, MUTILACIONES O DEFORMIDADES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                  | <b>CAUSA Y FECHA</b><br>(Marque con "X" la cuadrícula que corresponda)                                                                                 |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad profesional (EP)</b><br>Fecha 1ª licencia ____/____/____                                                        |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                              |                  | <input type="checkbox"/> <b>Accidente en acto de servicio (AS) o como consecuencia del mismo</b><br>Fecha ____/____/____                               |
|   | En el supuesto de que el/la solicitante hubiera obtenido Resolución favorable de reconocimiento de derechos derivados de EP o AS (Capítulo III de la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre), indique:<br>Fecha de la resolución ____/____/____ Servicio Provincial de MUFACE donde se realizó:                                                                   |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
| 3 | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
|   | IBAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Entidad bancaria                                                                                             | Sucursal         | DC Número de cuenta/libreta                                                                                                                            |
|   | Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso. |                                                                                                              |                  |                                                                                                                                                        |
| 4 | <b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> (a rellenar voluntariamente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |                  | <b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</b>                                                                                                            |
|   | Domicilio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> |                  | 1. <b>Todo los datos</b> consignados en esta solicitud <b>son ciertos y completos.</b>                                                                 |
|   | Calle, plaza y número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |                  | 2. Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de cualquier otro Régimen público de la Seguridad Social.                     |
|   | Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Localidad                                                                                                    |                  | Lugar, fecha y firma del/de la solicitante, o de su representante debidamente acreditado/a. (Art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP) |
|   | Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | País                                                                                                         |                  |                                                                                                                                                        |

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> -Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EJEMPLAR PARA EL/LA INTERESADO/A

# INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

## REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN

- a) Existencia de lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo, que supongan una alteración o disminución de la integridad física del funcionario/a.
- b) Que hayan sido causadas por enfermedad profesional o por accidente en acto de servicio o como consecuencia del mismo.
- c) Que no sean suficientes para motivar la jubilación del funcionario/a mutualista por incapacidad permanente para el servicio o, en su caso, la declaración de pensionista por incapacidad permanente.
- d) Que aparezcan recogidas en el baremo de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes establecido por Orden del Ministerio competente, vigente en el momento en que se produzca el hecho causante, o que constituyan incapacidad permanente parcial.

## CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN

La prestación económica por Lesiones Permanentes no Invalidantes consiste en el abono de una indemnización, por una sola vez, que, en el ámbito del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado comprende dos modalidades, excluyentes entre sí:

- A** Si se trata de lesiones que no constituyen incapacidad permanente en ninguno de sus grados, se aplicará el baremo de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes aprobado por Orden del Ministerio competente, vigente en el momento en que se produzca el hecho causante, siempre que las lesiones aparezcan recogidas en dicho baremo.
- B** Si las lesiones son constitutivas de una incapacidad permanente parcial para la función habitual, la cantidad a abonar será la equivalente a 24 mensualidades de la base de cotización al mutualismo administrativo vigente en el mes de la primera licencia por enfermedad o, en su defecto, en el mes en que se produjo el accidente o se diagnosticó la enfermedad que dio lugar a las reducciones anatómicas o funcionales. Para el cálculo del importe de esta indemnización se prorratearán las bases de cotización correspondientes a las pagas extraordinarias de junio y diciembre (Art.110 b) del Reglamento General del Mutualismo Administrativo).

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre los señalados con ☒. En su caso, los señalados con ☐, marcándolos con X.

- ☒ Fotocopia compulsada de la Resolución del Expediente de Averiguación de Causas regulado en el capítulo II de la Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, salvo que la misma obre en poder de MUFACE o exista previa resolución de la Mutualidad reconociendo el derecho a las prestaciones derivadas, bien de enfermedad profesional o bien de accidente en acto de servicio o como consecuencia del mismo, a que se refiere el capítulo III de dicha Orden.
- ☒ Informe del Jefe/a de la Unidad o Dependencia administrativa donde el/la interesado/a presta servicios, de que las lesiones producidas no dan lugar a la instrucción de expediente de jubilación por incapacidad permanente para el servicio ni, en su caso, a la declaración de pensionista por incapacidad permanente.
- ☒ Dictamen facultativo del Médico/a que haya atendido al/a la mutualista, con especificación de las lesiones, mutilaciones o deformidades sufridas y de su carácter definitivo, así como de la fecha en que se produjeron.

**Además** si las lesiones constituyeran incapacidad permanente parcial, por ocasionar una disminución del rendimiento normal no inferior al 33 por 100, se acompañarán los siguientes documentos:

- ☐ Certificación del Órgano de personal donde conste Cuerpo, Escala o plaza de pertenencia y grupo de adscripción del/de la mutualista, en el que desarrollaba sus funciones en el primer mes de la licencia por enfermedad o, en su defecto, en el mes en que se produjo el accidente en acto de servicio o se diagnosticó la enfermedad profesional que dio lugar a las reducciones anatómicas o funcionales. En casos excepcionales podrá admitirse certificado de haberes de la Unidad pagadora donde consten los conceptos retributivos y los descuentos desglosados, con referencia a la fecha del hecho causante, siempre y cuando del mismo se pueda deducir el grupo de adscripción del/de la mutualista y solamente a estos efectos.
- ☐ En caso de que no exista el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) en la provincia, informe emitido por el IMSERSO u Órgano competente de la Comunidad o de la Ciudad Autónoma correspondiente, expresivo del grado de discapacidad y porcentaje de alteración o disminución que las lesiones, mutilaciones o deformidades hayan ocasionado.