

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE
INCAPACIDAD PERMANENTE
(MOD. 106)**

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA GRAN INVALIDEZ

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE	N.I.F.	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
DOMICILIO			TELEFONO
MUNICIPIO	COD. POSTAL	PROVINCIA	
CENTRO TRABAJO	COD. CENTRO	CLAVE PERSONAL	

El abajo firmante, Partícipe del Plan de Pensiones de Empleo de Logista S.A., a la Comisión de Control **SOLICITA** el reconocimiento y, en su caso, concesión de la prestación de **INVALIDEZ** en el grado indicado en este documento con efectos del día _____ de _____ de _____, a cuyo fin adjunta los correspondientes documentos acreditativos de su derecho a la indicada prestación.

En a de de

FIRMA DEL SOLICITANTE

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | COPIA DE DNI, NIF, O TARJETA DE RESIDENTE |
| <input type="checkbox"/> | RECONOCIMIENTO EN FIRME DE LA PRESTACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> | DATOS SOBRE RETENCIONES DE IRPF (MOD. 145 ó 149 PARA LOS NO RESIDENTES) |
| <input type="checkbox"/> | DECLARACIÓN FIRME, POR EL ÓRGANO ADMINISTRATIVO O JUDICIAL COMPETENTE, DEL GRADO DE INCAPACIDAD PERMANENTE. |
| <input type="checkbox"/> | DATOS BANCARIOS |