

SOLICITUDE PRESTACIÓNS POR GASTOS EXTRAORDINARIOS (GAFAS GRADUADAS)

ACCIDENTADO:		
D.N.I.:	POBOACIÓN:	C.P.:
ENDEREZO PERSOAL:		
EMPRESA:		

A. Descrición do accidente:

B. Axuda solicitada, contía e motivación:

FREMAP INFORMA

AS AXUDAS SOCIAIS CONCEDIDAS POLA COMISION DE PRESTACIÓNS ESPECIAIS DE FREMAP. TERÁN CONSIDERACION DE RENDEMENTO DO TRABALLO, EN BASE Á LEI 40/1998 DO IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PERSOAS FÍSICAS

Asdo.:

Data:

É imprescindible o formulario de solicitude e acompañalo coa documentación e probar os motivos e circunstancias da solicitude.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar a solicitude de prestacións especiais, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 9.2 h) do citado Regulamento).

Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es.

Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

No caso de que vostede comunique información de familiares ou outras persoas relacionadas coa finalidade referida anteriormente, debe informarlles do tratamento dos seus datos por parte de FREMAP, como Responsable do tratamento e da posibilidade de exercer os seus dereitos de protección de datos do xeito indicado.

Marcar, se é o caso, *NON autorizo o envío de SMS, relacionados coas prestacións que me puidesen recoñecer FREMAP, a ao meu terminal móbil.

Non autorizo o envío de SMS.

Teléfono Móbil:

VISADO SOLICITUDE DE GAFAS GRADUADAS REMITIDAS Á COMISIÓN DE PRESTACIÓNS ESPECIAIS.

PACIENTE:

Nº DE EXPEDIENTE:

D/D^a _____, como _____ de Fremap,
certifico que os gastos do traballador de referencia foron revisados e son correctos.

En _____, a _____ de _____ de 20

Asdo.:

OBSERVACIÓNS: