FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

SOLICITUDE DE COMPENSACIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

(Orde TIN/971/2009, do 16 de abril, e Resolución, do 21 de outubro de 2009, da Secretaría de Estado da Seguridade Social)

(Artigos 100, 101 e 102 do Decreto 2065/1974, do 30 de maio, polo que se aproba o texto refundido da Lei xeral da Seguridade Social, BOE do 20-7-1974, vixentes actualmente conforme ao establecido na disposición derrogatoria única do texto refundido da Lei xeral da Seguridade Social do 20 de xuño de 1994).

1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN

NIF/NIE/PASAPORTE: _____ N.º de afiliación: _____

Sexo: ☐ Home ☐ Muller Nome e apelidos: _____

Data de nacemento: _____ Enderezo electrónico: _____

Teléfono móbil: _____

Enderezo habitual: _____

País: _____ Provincia: _____ Localidade: _____

Poboación: _____ Código postal: _____

Tipo de vía: _____ Vía: _____ N.º da vía: _____

Bis: Si ☐ Non ☐ Bloque: _____ Escaleira: _____ Piso: _____ Porta: _____

DATOS DA PERSOA QUE FORMULA A SOLICITUDE DO BENEFICIARIO, QUE ACTÚA COMO:

○ Representante legal ○ Curador ou defensor xudicial ○ Gardador de feito

DNI / NIF: _____ Nome e apelidos: _____

Enderezo electrónico: _____ Teléfono: _____

País: _____ Provincia: _____ Localidade: _____

Poboación: _____ Código postal: _____

Tipo de vía: _____ Vía: _____ Núm. da vía: _____

Bis: Si ☐ Non ☐ Bloque: _____ Escaleira: _____ Piso: _____ Porta: _____

2. CAUSA POLA QUE SOLICITA A COMPENSACIÓN

Nome do centro sanitario que prestou a asistencia: _____

País do centro sanitario: _____

Gasto de asistencia sanitaria: _____

Data do accidente | Descrición do accidente e da asistencia sanitaria: _____

AENOR AENOR AENOR

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

3. CÓDIGO CONTA BANCARIA ONDE SE SOLICITA O ABOAMENTO DA COMPENSACIÓN

IBAN: _____ _____ _____ ___ _____

☐ Endosatario - Empresa Razón social: _____

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno nesta solicitude e tamén manifesto que quedo informado/a da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación dos datos nela expresados que poida producirse a partir de agora. Así mesmo, mediante a sinatura deste impreso **SOLICITO** que se dea curso á miña petición de compensación de gastos de transporte e que se adopten todas as medidas necesarias para que se resolva da mellor maneira.

Data e sinatura:

Verifique que os datos de contacto facilitados son correctos e atópanse actualizados, xa que poderán ser utilizados por FREMAP para realizar as comunicacións necesarias relacionadas coa xestión e o seguimento da súa prestación, tanto por medios electrónicos como postais.

De conformidade co establecido no Regulamento (UE) 2016/679, xeral de protección de datos, informámolo/a de que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, N.º 61, con domicilio na Carretera de Pozuelo, n.º 61, 28.222 Majadahonda – MADRID. A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, pois o tratamento é necesario para o cumprimento dunha obriga legal (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado regulamento). Do mesmo xeito, informámolo/a de que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, salvo imperativo legal, e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se obtiveron 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 postal indicado anteriormente ou ao seguinte enderezo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es. Igualmente, informámolo/a do seu dereito a reclamar ante a autoridade de control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

AENOR AENOR AENOR

FREMAP

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 61

INSTRUCIÓNS PARA CUBRIR A SOLICITUDE

• Escriba con claridade e en letras maiúsculas.

• Solicite o asesoramento e a axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR

1. Esta solicitude deberá ser asinada mediante certificado dixital ou con sinatura orixinal ou presencial nas instalacións da FREMAP. Se a sinatura non se realiza mediante certificado dixital, a identidade do solicitante deberá acreditarse coa presentación en persoa do orixinal do DNI ou documento oficial que o substitúa, que será cotexado pola FREMAP e que se lle devolverá (por favor, en ningún caso debe presentarse co resto da documentación unha fotocopia do DNI). Se a solicitude se remite coa sinatura orixinal, poderá evitarse a comparecencia física nas oficinas da FREMAP para acreditar a identidade do solicitante mediante a achega dun certificado actualizado da conta corrente que consignase para o aboamento da prestación no que apareza como titular ou, no seu lugar, dun recibo bancario con algún cargo, de data non anterior ao mes previo á solicitude da prestación, no que conste completo o IBAN e a súa titularidade da conta corrente de cargo.

2. Se a solicitude é formulada por unha persoa diferente do traballador beneficiario, deberá presentarse documentación acreditativa da representación legal, curadoría, defensa xudicial ou garda de feito (neste último suposto, a condición de gardador de feito pode acreditarse co libro de familia —que xustifique, se é o caso, a relación de parentesco entre gardador e beneficiario—, certificado de empadroamento ou documentación que acredite a convivencia, así como os documentos dos que se desprenda claramente tal condición).

3. No caso de que a solicitude sexa formulada polo gardador de feito, deberá presentarse fotocopia dun documento bancario no que conste o traballador beneficiario como titular da conta corrente na que se ingresará a prestación.

4. Documentación adicional.

• Informe médico da asistencia sanitaria, que xustifique os actos médicos realizados.
• Factura/s da asistencia sanitaria a nome do solicitante.
• Xustificante/s de pagamento desa/s factura/s.
• Se solicita que o pagamento se realice á súa empresa por ser esta a que adiantou os gastos sanitarios, deberá presentar un contrato de endosatario debidamente cuberto e asinado.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: esta solicitude poderá ser asinada con certificado dixital e remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que tamén pode enviarse por correo electrónico, deberá estar en formato PDF, xa que os documentos recibidos noutro formato (por exemplo, TIFF) serán rexeitados polo seu tamaño de almacenamento.

_____,_____ de_____ de_____

D./D.ª _____ , co NIF/NIE _____,
domiciliado/a en _____,

DECLARA

PRIMEIRO.- Que, en relación coa solicitude de reintegro de gastos sanitarios presentada ante a FREMAP, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 61, a empresa _____, co CIF _____ , adiantou o pagamento dos gastos sanitarios derivados de accidente laboral ou enfermidade profesional.

SEGUNDO.- Que, conforme ao disposto no artigo 1.259 do Código civil e nos artigos 14 a 24 da Lei 19/1985, do 16 de xullo, cambiaria e do cheque, autoriza de forma expresa a FREMAP para que, en nome do beneficiario, aboe directamente á empresa citada a cantidade correspondente ao reintegro dos gastos sanitarios anticipados, en calidade de endosatario.

TERCEIRO.- Que, unha vez realizado o pagamento na forma indicada, se considerará cumprida a obriga da FREMAP respecto do reintegro solicitado.

CUARTO.- Que, en caso de que por calquera motivo non se realice o aboamento á empresa, acepta que a FREMAP revise a solicitude e adopte a resolución que proceda conforme a dereito.

DATOS DA EMPRESA ENDOSATARIA:

- Razón social: _____
- CIF: _____
- Domicilio social: _____
- IBAN para o aboamento: _____ _____ _____ ___ _____

De conformidade co establecido no Regulamento (UE) 2016/679, xeral de protección de datos, informámolo/a de que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, N.º 61, con domicilio na Carretera de Pozuelo, n.º 61, 28.222 Majadahonda – MADRID. A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, pois o tratamento é necesario para o cumprimento dunha obriga legal (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado regulamento).

Do mesmo xeito, informámolo/a de que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, salvo imperativo legal, e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se obtiveron 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 postal indicado anteriormente ou ao seguinte enderezo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es. Igualmente, informámolo/a do seu dereito a reclamar ante a autoridade de control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Asdo.: O/A solicitante