FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

# SOLICITUD DE COMPENSACIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

**(Orden TIN/971/2009, de 16 de abril y Resolución de 21 de octubre de 2009, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social)**

**(Artículos 100, 101 y 102 del Decreto 2065/1974, de 30 de Mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE: 20-7-1974, vigentes actualmente conforme a lo establecido en la Disposición derogatoria única del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de fecha 20 de Junio de 1994).**

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

NIF/NIE/PASAPORTE: _____ Nº de Afiliación: _____

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Email: _____

Teléfono móvil: _____

Dirección habitual: _____

País: _____ Provincia: _____ Localidad: _____

Población: _____ Código Postal: _____

Tipo de vía: _____ Vía: _____ Nº de la vía: _____

Bis: Si ☐ No ☐ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

**DATOS DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOLICITUD DEL BENEFICIARIO, QUE ACTÚA COMO:**

○ Representante legal ○ Curador o defensor judicial ○ Guardador de hecho

D.N.I. / N.I.F.: _____ Nombre y Apellidos: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

País: _____ Provincia: _____ Localidad: _____

Poblacion: _____ Código Postal: _____

Tipo de vía: _____ Vía: _____ Nº de la vía: _____

Bis: Si ☐ No ☐ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

## 2. CAUSA POR LA QUE SOLICITA LA COMPENSACIÓN

Nombre del centro sanitario que prestó la asistencia: _____

País del centro sanitario: _____

Gasto de asistencia sanitaria: _____

Fecha del accidente | Descripción del accidente y de la asistencia sanitaria: _____

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

## 3. CÓDIGO CUENTA BANCARIA DONDE SE SOLICITA EL ABONO DE LA COMPENSACIÓN

IBAN: _____ _____ _____ __ _____

☐ Endosatario - Empresa  Razón social: _____

**DECLARO,** bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente que quedo enterado de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y **SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de compensación de gastos de transporte, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

Fecha y firma:

Verifique que los datos de contacto facilitados son correctos y se encuentran actualizados, ya que podrán ser utilizados por FREMAP para realizar las comunicaciones necesarias relacionadas con la gestión y el seguimiento de su prestación, tanto por medios electrónicos como postales.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID. La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento). Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es. Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

AENOR AENOR AENOR

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

***INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD***

▪Escriba con claridad y en letras mayúsculas.

▪Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

1.Esta solicitud deberá ser firmada mediante certificado digital o con firma original o presencial en las instalaciones de FREMAP. En el caso de que la firma no sea mediante certificado digital, deberá acreditarse la identidad del solicitante con la presentación en persona del original del DNI o documento oficial que lo sustituya, que será cotejado por FREMAP y le será devuelto (por favor, en ningún caso debe aportarse con el resto de documentación fotocopia del DNI). Si se remite la solicitud con la firma original, podrá evitarse la personación física en las oficinas de FREMAP para acreditar la identidad del solicitante mediante la aportación de un certificado actualizado de la cuenta corriente que haya consignado para el abono de la prestación, debiendo aparecer como titular en dicho certificado o, en su defecto, un recibo bancario con algún cargo, de fecha no anterior al mes previo a la solicitud de la prestación, en el que conste completo el IBAN y su titularidad de la cuenta corriente de cargo.

2.Si la solicitud se formula por persona diferente al trabajador beneficiario, documentación acreditativa de la representación legal, curatela, defensa judicial o guarda de hecho (en este último supuesto, la condición de guardador de hecho puede acreditarse mediante libro de familia –que justifique, en su caso, la relación de parentesco entre guardador y beneficiario-, certificado de empadronamiento o documentación que acredite la convivencia, así como aquellos documentos de los que se desprenda claramente tal condición)

3.En el caso de que la solicitud se formule por el guardador de hecho, fotocopia de un documento bancario en el que conste el trabajador beneficiario como titular de la cuenta corriente en que se ingresará la prestación

4. Documentación adicional.

▪Informe médico de la asistencia sanitaria, que justifique los actos médicos realizados.
▪Factura/s de la asistencia sanitaria a nombre del solicitante.
▪Justificante/s de pago de dicha/s factura/s
▪ Si solicita que el pago se realice a su empresa por haber adelantado los gastos sanitarios, deberá presentar contrato de endosatario debidamente cumplimentado y firmado.

**ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.**

**En _____, a ____ de _____ de _____**

**D./D.ª _____ , con N.I.F./N.I.E.: _____,**
**domiciliado/a en _____,**

**DECLARA**

**PRIMERO.-** Que, en relación con la solicitud de reintegro de gastos sanitarios presentada ante FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, la empresa _____, con CIF _____, ha anticipado el pago de los gastos sanitarios derivados de accidente laboral o enfermedad profesional.

**SEGUNDO.-** Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1.259 del Código Civil y en los artículos 14 a 24 de la Ley 19/1985, de 16 de julio, Cambiaria y del Cheque, autoriza de forma expresa a FREMAP para que, en nombre del beneficiario, abone directamente a la empresa citada la cantidad correspondiente al reintegro de los gastos sanitarios anticipados, en calidad de endosatario.

**TERCERO.-** Que, una vez realizado el pago en la forma indicada, se considerará cumplida la obligación de FREMAP respecto al reintegro solicitado.

**CUARTO.-** Que, en caso de que por cualquier motivo no se realice el abono a la empresa, acepta que FREMAP revise la solicitud y adopte la resolución que proceda conforme a derecho.

**DATOS DE LA EMPRESA ENDOSATARIA:**

- Razón Social: _____
- CIF: _____
- Domicilio Social: _____
- IBAN para el abono: _____ _____ _____ ___ _____

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda–MADRID. La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es. Igualmente, se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Fdo.: El solicitante