FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

SOL·LICITUD DE COMPENSACIÓ DE DESPESES D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

(Ordre TIN/971/2009, de 16 d'abril, i Resolució de 21 d'octubre de 2009 de la Secretaria d'Estat de la Seguretat Social)

(Articles 100, 101 i 102 del Decret 2065/1974, de 30 de maig, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de la Seguretat Social, BOE de 20-7-1974, vigents actualment d'acord amb el que estableix la disposició derogatòria única del text refós de la Llei general de la Seguretat Social de data 20 de juny de 1994).

1. DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ

NIF/NIE/PASSAPORT: _____ Núm. d'afiliació: _____

Sexe: ☐ Home ☐ Dona Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____ Adreça electrònica: _____

Telèfon mòbil: _____

Adreça habitual: _____

País: _____ Província: _____ Població: _____

Província: _____ Codi postal: _____

Tipus de via: _____ Via: _____ Núm. de la via: _____

Bis: Sí ☐ No ☐ Bloc: _____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____

DADES DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOL·LICITUD DEL BENEFICIARI, QUE ACTUA COM A:

○ Representant legal ○ Curador o defensor judicial ○ Guardador de fet

DNI/NIF: _____ Nom i cognoms: _____

Adreça electrònica: _____ Telèfon: _____

País: _____ Província: _____ Població: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Tipus de via: _____ Via: _____ Núm. de la via: _____

Bis: Sí ☐ No ☐ Bloc: _____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____

2. CAUSA PER LA QUAL SOL·LICITA LA COMPENSACIÓ

Nom del centre sanitari que ha prestat l'assistència: _____

País del centre sanitari: _____

Despesa d'assistència sanitària: _____

Data de l'accident | Descripció de l'accident i de l'assistència sanitària: _____

AENOR AENOR AENOR

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

3. CODI COMPTE BANCARI ON SE SOL·LICITA L'ABONAMENT DE LA COMPENSACIÓ

IBAN: _____ _____ _____ ___ _____

☐ Endossatari - Empresa Raó social: _____

DECLARO, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto igualment que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades expressades que es pugui produir d'ara endavant, i **SOL·LICITO**, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que es doni curs a la meva petició de compensació de despeses de transport, adoptant en aquest sentit totes les mesures necessàries per a la seva millor resolució.

Data i signatura

Verifiqueu que les dades de contacte facilitades són correctes i es troben actualitzades, ja que poden ser utilitzades per FREMAP per realitzar les comunicacions necessàries relacionades amb la gestió i el seguiment de la vostra prestació, tant per mitjans electrònics com postals.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, general de protecció de dades, us informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, NÚM. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo, 61, 28.222 Majadahonda – MADRID. La finalitat de la recollida i el tractament de les vostres dades és poder gestionar les prestacions que teniu encomanades a la Mútua i que li puguin correspondre d'acord amb la normativa vigent, i el seu tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) del reglament esmentat). També us informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal, i que les vostres dades es conservaran durant el temps necessari per complir la finalitat per a la qual es van recollir, així com per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat. Podreu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i de no ser objecte de decisions individuals automatitzades notificant-ho per escrit a l'adreça indicada més amunt o a l'adreça electrònica següent: derechos_arco@fremap.es. Podeu accedir a informació addicional sobre el tractament de les vostres dades a www.fremap.es. També se us informa del vostre dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

AENOR AENOR AENOR

FREMAP

Mútua col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 61

INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

• Escriviu amb claredat i en lletres majúscules.

•Davant de qualsevol dubte, podeu sol·licitar l'assessorament i l'ajuda del personal de FREMAP.

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

1. Aquesta sol·licitud s'haurà de signar mitjançant certificat digital o amb signatura original o presencial a les instal·lacions de FREMAP. Si la signatura no es fa mitjançant certificat digital, s'haurà d'acreditar la identitat del sol·licitant amb la presentació en persona de l'original del DNI o del document oficial que el substitueixi, que serà acarat per FREMAP i li serà retornat (si us plau, no s'ha d'aportar en cap cas fotocòpia del DNI juntament amb la resta de la documentació). Si la sol·licitud es remet amb la signatura original, es podrà evitar la personació física a les oficines de FREMAP per acreditar la identitat del sol·licitant mitjançant l'aportació d'un certificat actualitzat del compte corrent que hagi consignat per a l'abonament de la prestació, en el qual haurà d'aparèixer com a titular, o, si no, un rebut bancari amb algun càrrec, de data no anterior al mes previ a la sol·licitud de la prestació, en què constin l'IBAN complet i la seva titularitat del compte corrent de càrrec.

2. Si la sol·licitud la formula una persona diferent del treballador beneficiari, documentació acreditativa de la representació legal, curatela, defensa judicial o guarda de fet (en aquest últim supòsit, la condició de guardador de fet es pot acreditar mitjançant llibre de família -que justifiqui, si escau, la relació de parentiu entre el guardador i el beneficiari-, certificat d'empadronament o documentació que acrediti la convivència, així com aquells documents dels quals es desprengui clarament aquesta condició)

3. Si la sol·licitud la formula el guardador de fet, fotocòpia d'un document bancari en què el treballador beneficiari consti com a titular del compte corrent en què s'ingressarà la prestació

4. Documentació addicional.

• Informe mèdic de l'assistència sanitària que justifiqui els actes mèdics realitzats.
• Factura/es de l'assistència sanitària a nom del sol·licitant.
• Justificant/s de pagament de la/les factura/es esmentada/es
• Si sol·liciteu que el pagament es faci a la vostra empresa perquè aquesta ha avançat les despeses sanitàries, haureu de presentar contracte d'endossatari degudament emplenat i signat.

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VIA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà signar-se mitjançant certificat digital i remetre's per correu electrònic; en cas contrari, s'haurà de presentar l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que també es pot enviar per correu electrònic, haurà de ser en format PDF, i es rebutjaran els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

A _____ , el _____ de _____ de _____

Sr./Sra. _____ , amb NIF/NIE _____,
domiciliat/da a _____,

DECLARA

PRIMER.- Que, en relació amb la sol·licitud de reintegrament de despeses sanitàries presentada davant de FREMAP, Mutua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 61, l'empresa _____, amb CIF _____, ha avançat el pagament de les despeses sanitàries derivades d'accident laboral o malaltia professional.

SEGON.- Que, d'acord amb el que disposen l'article 1.259 del Codi civil i els articles 14 a 24 de la Llei 19/1985, de 16 de juliol, cambiària i del xec, autoritza de forma expressa FREMAP perquè, en nom del beneficiari, aboni directament a l'empresa esmentada la quantitat corresponent al reintegrament de les despeses sanitàries avançades, en qualitat d'endossatari.

TERCER.- Que, un cop fet el pagament en la forma indicada, es considerarà complerta l'obligació de FREMAP respecte al reintegrament sol·licitat.

QUART.- Que, en cas que per qualsevol motiu no es faci l'abonament a l'empresa, accepta que FREMAP revisi la sol·licitud i adopti la resolució que sigui procedent conforme a dret.

DADES DE L'EMPRESA ENDOSSATÀRIA:

- Raó social: _____
- CIF: _____
- Domicili social: _____
- IBAN per a l'abonament: _____ _____ _____ ___ _____

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, general de protecció de dades, us informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, NÚM. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo, 61, 28.222 Majadahonda – MADRID. La finalitat de la recollida i el tractament de les vostres dades és poder gestionar les prestacions que teniu encomanades a la Mútua i que li puguin correspondre d'acord amb la normativa vigent, i el seu tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) del reglament esmentat).

També us informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal, i que les vostres dades es conservaran durant el temps necessari per complir la finalitat per a la qual es van recollir, així com per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat. Podreu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i de no ser objecte de decisions individuals automatitzades notificant-ho per escrit a l'adreça indicada més amunt o a l'adreça electrònica següent: derechos_arco@fremap.es. Podeu accedir a informació addicional sobre el tractament de les vostres dades a www.fremap.es. També se us informa del vostre dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

Signat: El sol·licitant