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: 20-7-1974, vigents actualment conforme al que establix 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: _____ Email: _____

Telèfon mòbil: _____

Adreça habitual: _____

País: _____ Província: _____ Localitat: _____

Població: _____ 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: _____

Correu electrònic: _____ Telèfon: _____

País: _____ Província: _____ Localitat: _____

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 va prestar 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: _____

DECLARE, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigne en la present sol·licitud, manifestant igualment que quede assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades en ella expressades que poguera produir-se en endavant, i **SOL·LICITE**, mitjançant la firma del present imprés, que es done curs a la meua petició de compensació de despeses de transport, adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seua millor resolució.

Data i firma:

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

De conformitat amb el que establix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, amb domicili en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID. La finalitat de la recollida i el tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mutua i que li pogueren correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si és el cas, article 9.2 b) del citat Reglament). De la mateixa manera l'informem que no realitzarem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a la qual es van recollir i per a determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguen presentar contra l'entitat. Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació addicional sobre el tractament de les seues dades en www.fremap.es. www.aepd.es).

AENOR AENOR AENOR

FREMAP

Mutu,1 ColiJboradora con la Seguridad Social nº 61

INSTRUCCIONS PER A OMPLIR LA SOL·LICITUD

•Escriga amb claredat i en lletres majúscules.

•Sol·licite l'assessorament i ajuda del personal de FREMAP davant qualsevol dubte

DOCUMENTACIÓ A APORTAR

1. Esta sol·licitud haurà de ser firmada mitjançant certificat digital o amb firma original o presencial en les instal·lacions de FREMAP. En el cas que la firma no siga mitjançant certificat digital, haurà d'acreditar-se la identitat del sol·licitant amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substituïsca, que serà acarat per FREMAP i li serà retornat (per favor, en cap cas ha d'aportar-se amb la resta de documentació fotocòpia del DNI). Si es remet la sol·licitud amb la firma original, podrà evitar-se la personació física en les oficines de FREMAP per a acreditar la identitat del sol·licitant mitjançant l'aportació d'un certificat actualitzat del compte corrent que haja consignat per a l'abonament de la prestació, havent d'aparéixer com a titular en este certificat o, si no, un rebut bancari amb algun càrrec, de data no anterior al mes previ a la sol·licitud de la prestació, en el qual conste complet l'IBAN i la seua titularitat del compte corrent de càrrec.

2. Si la sol·licitud es formula per persona diferent del treballador beneficiari, documentació acreditativa de la representació legal, curatela, defensa judicial o guarda de fet (en este últim supòsit, la condició de guardador de fet pot acreditar-se mitjançant llibre de família -que justifique, si és el cas, la relació de parentiu entre guardador i beneficiari-, certificat d'empadronament o documentació que acredite la convivència, així com aquells documents dels quals es desprenga clarament tal condició)

3. En el cas que la sol·licitud es formule pel guardador de fet, fotocòpia d'un document bancari en el qual conste el treballador beneficiari com a titular del compte corrent en què s'ingressarà la prestació

4. Documentació addicional.

•Informe mèdic de l'assistència sanitària, que justifique els actes mèdics realitzats.
•Factura/es de l'assistència sanitària a nom del sol·licitant.
•Justificant/s de pagament d'esta/es factura/es
• Si sol·licita que el pagament es realitze a la seua empresa per haver avançat les despeses sanitàries, haurà de presentar contracte d'endossatari degudament emplenat i firmat.

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VIA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seua grandària d'emmagatzematge.

A _____, **a** _____ **de** _____ **de** _____

D./D.ª _____, **amb N.I.F./N.I.E.:** _____,
domiciliat/da en _____,

DECLARA

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

SEGON.- Que, conforme al que disposa l'article 1.259 del Codi Civil i en els articles 14 a 24 de la Llei 19/1985, de 16 de juliol, Canviària i del Xec, autoritza de forma expressa FREMAP perquè, en nom del beneficiari, abone directament a l'empresa esmentada la quantitat corresponent al reintegrament de les despeses sanitàries anticipades, en qualitat d'endossatari.

TERCER.- Que, una vegada fet el pagament en la manera indicada, es considerarà complida l'obligació de FREMAP respecte al reintegrament sol·licitat.

QUART.- Que, en cas que per qualsevol motiu no es realitze l'abonament a l'empresa, accepta que FREMAP revise la sol·licitud i adopte la resolució que procedisca conforme a dret.

DADES DE L'EMPRESA ENDOSSATÀRIA:

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

De conformitat amb el que establix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de responsable del tractament, per FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, amb domicili en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda–MADRID. La finalitat de la recollida i el tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mutua i que li pogueren correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si és el cas, article 9.2 b) del citat Reglament).

De la mateixa manera l'informem que no realitzarem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a la qual es van recollir i per a determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguen presentar contra l'entitat. Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació addicional sobre el tractament de les seues dades en www.fremap.es. Igualment, se l'informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

Sign.: El sol·licitant