

Nº de proceso clínico:

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DERIVADOS DE CONTINGENCIAS COMUNES

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre		Primer apellido				Segundo apellido				DNI/NIE				
Dirección completa														
Teléfono del accidentado														
Localidad								Código Postal						
Código IBAN (pagos en territorio nacional) (el solicitante declara ser titular de la cuenta)														
CÓDIGO PAÍS		ENTIDAD		SUCURSAL		D.C.		Nº CUENTA						
E	S													

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de reintegro de los gastos satisfechos como consecuencia de contingencia común.

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante:

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD:

En supuesto de **GASTOS de LOCOMOCIÓN**

- En todos los casos será necesario aportar **Justificante de asistencia** de los distintos centros sanitarios a donde ha acudido para consulta.

TAXIS O AMBULANCIAS

Factura o ticket
Con el nombre del trabajador y el trayecto recorrido (origen y destino).

TRANSPORTES PÚBLICOS
(autobús, tren, etc.)

Original del billete y en el caso de **Bonos de viaje, ticket del pago o recarga.**

VEHÍCULO PROPIO

Descripción del trayecto recorrido de cada viaje (origen y destino).

Número de kilómetros recorridos, que serán abonados a 0,19 €/Km.

↓

Este tipo de transporte debe estar previamente autorizado por el médico de **umivale Activa**.

** A excepción de las urgencias, tal y como recoge la Orden TIN 971/2009.*

↓

No se abonarán gastos de:

- Carburantes.
- Kilometraje si el centro está en la misma localidad donde reside el trabajador.
- Aparcamientos y Peajes de autopistas (salvo casos justificados y previa autorización de **umivale Activa**).

- Cumplimentar cuadro adjunto*.**

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 54 TRLGSS, el derecho a la compensación caducará al año natural de haberse producido.

Información sobre protección de datos personales

Responsable: umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Atender a su solicitud y proceder al reintegro al interesado de gastos derivados de las contingencias padecidas (ejemplo: desplazamientos, locomoción,...). **Legitimación:** El tratamiento se legitima en el cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a umivale Activa como Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale Activa, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un **correo electrónico** a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

***DATOS del desplazamiento** ya sea en vehículo propio, transporte público o taxi:

FECHA	TRAYECTO (Origen – Destino)	MOTIVO (consulta, rehabilitación...)	Kilómetros recorridos	IMPORTE
TOTAL IMPORTE				