

Núm. de procés clínic: _____

SOL·LICITUD DE REINTEGRAMENT DE DESPESES DERIVADES DE CONTINGÈNCIES COMUNES

DADES DEL SOL·LICITANT:

Nom		Primer cognom				Segundo apellido				DNI/NIE					
Direcció completa															
Localitat										Codi Postal					
Codi IBAN (pagaments en territori nacional) (el sol·licitant declara ser titular del compte)															
CODI PAÍS		ENTITAT		SUCURSAL		D.C.		NÚM. COMPTE							
E	S														

SOLICITO, mitjançant la signatura del present imprès, que es doni curs a la meua petició de reintegrament de les despeses satisfetes a conseqüència de contingència comuna.


A _____, a _____ de _____ de 20____

Signatura del sol·licitant:

DOCUMENTS QUE HA DE PRESENTAR AMB AQUESTA SOL·LICITUD:


En supòsit de **DESPESES de LOCOMOCIÓ**

- En tots els casos serà necessari** aportar **Justificant d'assistència** dels diferents centres sanitaris on ha acudit per a consulta.




TAXIS O AMBULÀNCIES

Factura o tiquet
Amb el nom del treballador i el trajecte recorregut (origen i destinació).



TRANSPORTS PÚBLICS (autobús, tren, etc.)

Original del bitllet i en el cas de **Bons de viatge, tiquet del pagament o recàrrega.**



VEHICLE PROPI

Descripció del trajecte recorregut de cada viatge (origen i destinació).

Número de quilòmetres recorreguts, que seran abonats a 0,19 €/Km.

↓

Aquest tipus de transport ha d'estar prèviament autoritzat pel metge de umivale Activa.

**A excepció de les urgències, tal com recull l'Ordre TIN 971/2009.*

↓

No s'abonaran despeses de:

- Carburants.
- Quilometratge si el centre està en la mateixa localitat on resideix el treballador.
- Aparcaments i Peatges d'autopistes (excepte casos justificats i **previa autorització d'umivale Activa**).

- Emplenar quadre adjunt *.**

De conformitat al que es disposa en l'article 54 TRLGSS, el dret a la compensació caducarà a l'any natural d'haver-se produït.

Informació sobre protecció de dades personals

Responsable: **umivale Activa** Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 3. Av. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Contacte Delegat de Protecció de Dades: dpd@umivaleactiva.es **Finalitat i legitimació:** Atendre la seva sol·licitud i conducta al reintegrament a l'interessat de despeses derivades desplaçaments, medicines, pròtesis i de manera general derivats de les contingències patides. Aquest tractament es realitza en el marc del compliment de les obligacions legals aplicables a **umivale Activa** en la seva condició de Mútua Col·laboradora amb la SS. **Destinatari:** Entitats bancàries, caixes d'estalvis i caixes rurals. Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals. **Drets:** Podrà accedir, rectificar, suprimir, oposar-se a determinats tractaments, així com exercir el seu dret a la limitació del tractament, a la portabilitat i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en tractament automatitzat de les seves dades. Per **escriu**, mitjançant sol·licitud dirigida a **umivale Activa**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 3, Av. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). **Presencialment**, en qualsevol dels nostres centres. Remeten un **correu electrònic** a la següent adreça: dpd@umivaleactiva.es **Informació addicional:** Pot consultar tota la informació addicional i detallada sobre la Protecció de Dades en el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>

