

Nº de proceso clínico:

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DERIVADOS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre		Primer apellido			Segundo apellido			DNI/NIE		
Dirección completa										
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 profesional.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante:

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD:

1. En supuesto de GASTOS de FARMACIA u ORTOPEDIA

- Original de ticket/factura de la farmacia u ortopedia
- Prescripción facultativa / receta.

2. 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, pruebas y/o rehabilitación.

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.

** 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).

- 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 Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15. Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es.
- **Finalidad y legitimación:** Atender a su solicitud y proceder al reintegro al interesado de gastos derivados desplazamientos, medicinas, prótesis y de manera general derivados de las contingencias padecidas. Dicho tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a umivale en su condición de Mutua Colaboradora con la SS.
- **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. Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros. Remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivale.es.
- **Información adicional:** Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.

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

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