



Etiqueta del Registro

Rellenar por la Empresa Colaboradora **R.**

Solicitud de reintegro de gastos derivados de contingencias profesionales

1.- Datos del/de la interesado/a:

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|------------------------|--------|------------------------|----------|------|--------|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre | | | |
| NIF/NIE | | Teléfono de contacto 1 | | Teléfono de contacto 2 | | | |
| Domicilio, nombre vía pública: | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | Localidad | | | Provincia | | | |

2.- Causa de la contingencia:

| | | | |
|---------------------------------|-------|---|---|
| ▪ ACCIDENTE DE TRABAJO | Fecha | / | / |
| ▪ ENFERMEDAD PROFESIONAL | Fecha | / | / |

3.- Motivo del reintegro:

Serán objeto de compensación únicamente los gastos que previamente hayan sido autorizados por el personal facultativo de la Empresa Colaboradora por los siguientes conceptos:

| CONCEPTOS | IMPORTE |
|---------------------------|---------|
| A) MATERIAL ORTOPROTÉSICO | |
| B) GASTOS FARMACÉUTICOS | |
| C) GASTOS DE TRANSPORTE | |
| TOTAL | |

4.- Datos bancarios:

Si desea recibir la compensación en la misma cuenta bancaria donde ha recibido la última nómina marque esta casilla:

AUTORIZO la consulta de mis datos bancarios a través del Sistema Informático de Gestión de Personal eximiéndome de la necesidad de aportar certificación bancaria o fotocopia de la libreta de ahorros.

Si **NO AUTORIZA**,

ACREDITO mediante certificación bancaria o fotocopia de la libreta de ahorros la titularidad de la cuenta, donde consten el código IBAN y los veinte dígitos identificadores de la cuenta bancaria. La titularidad de la cuenta deberá corresponderse con la de la persona solicitante del reintegro.

5.- Documentación a presentar:

La persona interesada presentará la documentación que acredite el gasto realizado, conforme a la información que figura a continuación,

| | |
|--|---------------------------|
| A) MATERIAL ORTOPROTÉSICO Según Anexo VI del R.D. 1030/2006 apdo. 7. | Se aporta en la solicitud |
| Factura original del establecimiento ortopédico a nombre de la persona destinataria del material.(*) | |

| | |
|---|---------------------------|
| B) GASTOS FARMACÉUTICOS Según Anexo V del R.D. 1030/2006 apdo. 1 | Se aporta en la solicitud |
| Factura original del establecimiento farmacéutico a nombre de la persona destinataria del medicamento prescrito.(*) | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---------------------------|
| C) GASTOS DE TRANSPORTE Según Orden TIN/971/2009, de 16 de abril y Resolución de 21 de octubre de 2009. | Se aporta en la solicitud |
| <p>Dependiendo del medio de transporte utilizado se deberá presentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- TRANSPORTE COLECTIVO: Billetes originales utilizados en el desplazamiento.- TAXI: Factura o documento similar que contenga los datos fiscales detallando el origen y el destino del trayecto. (*)- VEHÍCULO PARTICULAR: Bastará la acreditación de asistencia al centro sanitario en el que haya sido atendido. <p>En todos los casos justificar mediante certificado expedido por el centro sanitario la comparecencia al mismo. <i>Si el desplazamiento se realizase a las dependencias de la Entidad Colaboradora NO necesitará presentar certificado.</i></p> <p>▪ ANEXO - RELACIÓN DE DESPLAZAMIENTOS: Adjuntar relación de los desplazamientos a los que se refieren los gastos de transporte solicitados.</p> | |

(*) Las facturas deberán cumplir todos los requisitos que establece el Art. 6 del R.D. 1619/2012.

6.- Presentación de solicitudes:

En la Empresa Colaboradora con la Seguridad Social nº 478, sita en la Plaza del Valle del Conde de Súchil nº 20 -1º 28015 Madrid, o en cualquiera de las Oficinas de Registro de la Comunidad de Madrid.

En _____, a _____ de _____ de _____

| |
|--------------|
| FIRMA |
| |
| Fdo.: |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero de datos denominado, SEAS, cuya finalidad es la gestión económica y asistencia sanitaria. Los datos que contenga no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Función Pública, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la Plaza del Conde del Valle de Súchil nº 20, 28015 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

| | | |
|---------------------|---|---|
| DESTINATARIO | CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA, JUSTICIA Y PORTAVOCÍA DEL GOBIERNO DIRECCIÓN GENERAL DE FUNCIÓN PÚBLICA Empresa Colaboradora con la Seguridad Social nº 478 | Plaza del Conde del Valle de Súchil, 20 -1º 28015-Madrid Tfno. 900 70 50 60 |
|---------------------|---|---|