

Solicitud de Reintegro de Gastos Derivados de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional
Comunidad de Madrid, empresa colaboradora de la Seguridad Social nº 478, para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

1.- Datos del interesado:

NIF / NIE					
Nombre			Apellido 1		
Tipo vía			Nombre vía		
Nº/Km:		Piso		Puerta	Código Postal
Provincia			Municipio		
Otros datos de localización					
Email			Teléfono 1		Teléfono 2

2.- Datos del representante:

NIF / NIE					
Nombre			Apellido 1		
Tipo vía			Nombre vía		
Nº/Km:		Piso		Puerta	Código Postal
Provincia			Municipio		
Otros datos de localización					
Email			Teléfono 1		Teléfono 2
En calidad de					

3.- Medio de notificación: Interesado Representante (indique a quién desea que se envíe la notificación)

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado de forma electrónica (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Electrónicas de la Comunidad de Madrid)					
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado por correo certificado					
	Tipo de vía			Nombre de vía		
	Número		Piso	Puerta		Código postal
	Provincia			Municipio		

4.- Causa de la contingencia:

<input type="radio"/>	Accidente de trabajo	Fecha de la baja médica: ___/___/___
<input type="radio"/>	Enfermedad profesional	

5.- Motivo del reintegro:

Serán objeto de compensación únicamente los gastos que previamente hayan sido autorizados por el personal facultativo de la División de Colaboración con la Seguridad Social por los siguientes conceptos:

CONCEPTOS	IMPORTE
A. GASTOS DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO	€
B. GASTOS DE FARMACIA	€
C. GASTOS DE TRANSPORTE	€
TOTAL	€



Etiqueta del Registro

6.- Datos bancarios:

Código IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

7.- Documentación requerida:

Documentos que se acompañan a la solicitud	
A. SI SE TRATA DE GASTOS POR ADQUISICIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO <i>Según Anexo VI del R.D. 1030/2006 apdo. 7.</i> Debe aportar factura original del establecimiento ortopédico a nombre de la persona destinataria del material	<input type="checkbox"/>
B. SI SE TRATA DE GASTOS POR ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS <i>Según Anexo V del R.D. 1030/2006 apdo. 1</i> Debe aportar factura original del establecimiento farmacéutico a nombre de la persona destinataria del medicamento prescrito.	<input type="checkbox"/>
C. SI SE TRATA DE GASTOS DE TRANSPORTE <i>Según Orden TIN/971/2009 de 16 de abril y Resolución de 21 de octubre 2009</i> <i>Dependiendo del medio de transporte utilizado se deberá presentar:</i> <ul style="list-style-type: none">TRANSPORTE COLECTIVO: Billetes originales o recibo de recarga 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. En todos los casos justificar mediante certificado expedido por el centro sanitario la comparecencia del mismo. <i>Si el desplazamiento se realizase a las dependencias de la División de Colaboración con la Seguridad Social NO necesitará presentar certificado.</i> <ul style="list-style-type: none">RELACIÓN DE DESPLAZAMIENTOS: Adjuntar relación de los desplazamientos a los que se refieren los gastos de transporte solicitados.	<input type="checkbox"/>

En, a..... de..... de.....

FIRMA

Puede consultar la información referida al deber de información de protección de datos personales en las páginas siguientes.

DESTINATARIO	Consejería de Hacienda y Función Pública Dirección General de Función Pública
---------------------	--



1. Responsable del tratamiento de sus datos

Responsable: Consejería de Hacienda y Función Pública, Dirección General de Función Pública.

Domicilio social: Consultar www.comunidad.madrid/centros

Contacto Delegado de Protección de Datos: protecciondedatos.hfp@madrid.org.

2. ¿En qué actividad de tratamiento están incluidos mis datos personales y con qué fines se tratarán?

Entidad Colaboradora

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales, sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:

Gestión de la incapacidad temporal y económico administrativa de las prestaciones sanitario asistenciales por accidentes de trabajo de los empleados públicos por la C M Empresa Colaboradora: partes baja, confirmación y alta médica de incapacidad temporal por contingencias profesionales; prescripciones facultativas e informes médicos. Gestión económica y contable de pagos a centros sanitarios y especialistas médicos, pago de subsidios y prestaciones sanitario-asistenciales al personal incluido en el régimen de colaboración con la Seguridad Social.

3. ¿Cuál es la legitimación en la cual se basa la licitud del tratamiento?

Artículo 102.1.a) del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre por el que se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

4. ¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Puede ejercitar, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, oponerse al mismo, solicitar en su caso la portabilidad de sus datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.

Según la Ley 39/2015, el RGPD (UE) y la Ley Orgánica 3/2018, puede ejercitar sus derechos por [Registro Electrónico](#) o [Registro Presencial](#), en ambos casos haciendo constar la referencia "Ejercicio de derechos de protección de datos".

5. Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes.

No se realizan.

6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados se conservarán por el siguiente periodo:

Los datos se mantendrán de forma indefinida mientras el interesado no solicite su supresión o ejercite su derecho de oposición.

Los datos se mantendrán durante el tiempo que es necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos artículo 102.1.a); 156 y ss. del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, el interesado está obligado a facilitar los datos de carácter personal necesarios para los fines de la actividad de tratamiento: "Entidad colaboradora, recogida y tratamiento de datos". En caso contrario, no podrán facilitarse las prestaciones a las que resulta obligada la Entidad Colaboradora.

Los datos de carácter personal serán comunicados al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la autoridad laboral de la Comunidad de Madrid, vía Delt@, a los departamentos de personal, así como cuando proceda para dar cumplimiento a una obligación legal.

8. Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento.

Cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento explícito, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

9. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es> si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.

10. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos especialmente protegidos, Datos de carácter identificativo, Características personales, Detalles del empleo, Datos económicos, financieros y de seguro, Transacciones de bienes y servicios.

11. Fuente de la que procedan los datos.

Interesados y terceros

12. Información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es>, así como la información sobre el Registro de Actividades de Tratamiento del Responsable antes señalado en el siguiente enlace: www.comunidad.madrid/protecciondedatos



ANEXO – Relación de desplazamientos

Orden TIN/971/2009 de 16 de abril y Resolución de 21 de octubre de 2009; BOE nº 266 de 4 de noviembre

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE
-----------------	------------------	--------	---------

Fecha	Origen del trayecto	Destino del trayecto	Centro asistencial ¹	Medio de transporte ²	Importe ³

Puede continuar a la vuelta de página y utilizar tantas hojas como sea necesario

En _____, a 02 de septiembre de 2021

FIRMA
Fdo.:

¹ Se deberá acreditar con **certificación** del centro asistencial al que se ha acudido.

² Señalar medio de transporte: Colectivo = **C.** - Taxi = **T.** - Vehículo propio = **V. P.**

³ Indicar importe solamente en caso de que el medio utilizado sea taxi o transporte colectivo.

ANEXO – Relación de desplazamientos

Orden TIN/971/2009 de 16 de abril y Resolución de 21 de octubre de 2009; BOE nº 266 de 4 de noviembre

Continuación:

Fecha	Origen del trayecto	Destino del trayecto	Centro asistencial ¹	Medio de transporte ²	Importe ³

¹ Se deberá acreditar con **certificación** del centro asistencial al que se ha acudido.

² Señalar medio de transporte: Colectivo = **C.** - Taxi = **T.** - Vehículo propio = **V. P.**

³ Indicar importe solamente en caso de que el medio utilizado sea taxi o transporte colectivo.