

SOLICITUD PRESTACIONES POR GASTOS EXTRAORDINARIOS (GAFAS GRADUADAS)

ACCIDENTADO:

D.N.I.:

POBLACION:

C.P.:

DOMICILIO:

EMPRESA:

A. Descripción del accidente:

B. Ayuda solicitada, cuantía y motivación:

FREMAP INFORMA

LAS AYUDAS SOCIALES CONCEDIDAS POR LA COMISIÓN DE PRESTACIONES ESPECIALES DE FREMAP, TENDRÁN CONSIDERACIÓN DE RENDIMIENTO DEL TRABAJO, EN BASE A LA LEY 40/1998 DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE PERSONAS FÍSICAS

Fdo.:

Fecha:

Es imprescindible el impreso de solicitud y acompañarlo de la documentación y que acrediten los motivos y circunstancias de la solicitud.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar la solicitud de prestaciones especiales, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 9.2 h) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.agpd.es).

En el caso de que usted comunique información de familiares u otras personas relacionadas con la finalidad referida anteriormente, debe informarles del tratamiento de sus datos por parte de FREMAP, como Responsable del tratamiento y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de protección de datos en la forma indicada.

Marcar, en su caso, *NO autorizo el envío de SMS, relacionados con las prestaciones que me pudieran reconocer FREMAP, a mi terminal móvil.

No autorizo el envío de SMS.

Teléfono Móvil:

VISADO SOLICITUD DE GAFAS GRADUADAS REMITIDAS A LA COMISIÓN DE PRESTACIONES ESPECIALES.

PACIENTE:

Nº DE EXPEDIENTE:

D/D^a _____, como _____ de Fremap,
certifico que los gastos del trabajador de referencia han sido revisados y son correctos.

En _____, a _____ de _____ de 20

Firmado:

OBSERVACIONES: