

SITUACIÓN LABORAL DEL TRABAJADOR (En el momento del accidente)

Nombre de la Empresa	C.C.Cotización	Provincia
----------------------	----------------	-----------

SITUACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE (rellenar solo si es persona distinta del Accidentado)

Nombre de la Empresa	C.C.Cotización	Provincia
----------------------	----------------	-----------

SITUACIÓN FAMILIAR DEL ACCIDENTADO (cumplimentar si el trabajador tiene conyuge y/o hijos que convivan con él.)

<u>Nombre y Apellidos</u>	<u>Edad</u>	<u>Parentesco</u>
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

SITUACIÓN ECONÓMICA

Tiene otros Ingresos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Situación de Desempleo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso de tener otros ingresos indicar cuales			Cobra Subsidio desempleo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<u>CONCEPTO</u>	<u>EMPRESA</u>	<u>CUANTÍA</u>			
-----	-----	-----			
-----	-----	-----			
-----	-----	-----			
Numero de Cuenta bancaria			<input type="checkbox"/> Del Accidentado	<input type="checkbox"/> Del Solicitante	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE AYUDA SOLICITADA

<input type="checkbox"/> Readaptación de Viviendas	<input type="checkbox"/> Readaptación Profesional
<input type="checkbox"/> Ayudas Oftalmológicas	<input type="checkbox"/> Becas de Estudio (accidentado)
<input type="checkbox"/> Ayudas Odontológicas	<input type="checkbox"/> Movilidad Personal
<input type="checkbox"/> Tratamiento Psicológico a familiares	<input type="checkbox"/> Adaptación de Vehiculos
<input type="checkbox"/> Otros. Indicar en que consiste la ayuda _____	

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA PRESENTE SOLICITUD (En todo caso debe presentarse);

<input type="checkbox"/> Fotocopia de D.N.I. o documento acreditativo (del accidentado y del solicitante)
<input type="checkbox"/> Fotocopia del Libro de Familia
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de Ingresos (Nóminas, declaración renta, ...)
<input type="checkbox"/> Facturas originales o informes de valorativos del proyecto.
<input type="checkbox"/> Otra Documentación: _____

Lugar y Fecha de Solicitud

Firma del solicitante*

_____, ____ de _____ de 20__

* **AUTORIZO** a que los datos y la documentación necesaria para la tramitación de la presente solicitud sean puestos en conocimiento de los integrantes de la Comisión de Prestaciones Especiales de SOLIMAT Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 a los exclusivos efectos de la resolución del expediente.

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, Solimat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento. Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, C/ Berna, 1, 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos lopd@solimat.com o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.