

## Solicitud de prestación complementaria



Siniestro   
Expediente

### Datos personales del trabajador

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre   
Edad  Domicilio, localidad y provincia

### Datos de la situación del trabajador

Baja médica  Alta curado  Pendiente de resolución  Pensionista  Paro  Finalizó contrato  Trabaja

Fecha AT o EP y recaídas  Fecha reconocimiento prestación AT o EP  Fecha alta médica  Profesión  Situación laboral actual

**Contingencia**  Accidente de trabajo  Enfermedad profesional

**Incapacidad reconocida o previsible**

### Secuelas o lesiones

### Ingresos brutos mensuales actuales

IT  pensión  salario   
desempleo  otros  **Total ingresos**

### Gastos mensuales de la unidad de convivencia

Hipoteca  Préstamos personales  Vehículo  Alquiler  Gastos comunidad  Pensión alimenticia  Entidades financieras

### Nivel de estudios o preparación

Sin estudios reglados  Estudios primarios  Estudios medios  Formación profesional  Estudios superiores

### Referencia de la empresa

Razón Social

Domicilio, localidad y provincia

**Miembros que conviven en la unidad de convivencia (sin incluir al solicitante)**

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Edad  Parentesco con el accidentado  Actividad actual

**Ingresos brutos mensuales**

IT  Pensión  Salario  Desempleo  otros

Total ingresos  Coste mensual de los estudios

---

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Edad  Parentesco con el accidentado  Actividad actual

**Ingresos brutos mensuales**

IT  Pensión  Salario  Desempleo  otros

Total ingresos  Coste mensual de los estudios

---

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Edad  Parentesco con el accidentado  Actividad actual

**Ingresos brutos mensuales**

IT  Pensión  Salario  Desempleo  otros

Total ingresos  Coste mensual de los estudios

---

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Edad  Parentesco con el accidentado  Actividad actual

**Ingresos brutos mensuales**

IT  Pensión  Salario  Desempleo  otros

Total ingresos  Coste mensual de los estudios

---

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre

Edad  Parentesco con el accidentado  Actividad actual

**Ingresos brutos mensuales**

IT  Pensión  Salario  Desempleo  otros

Total ingresos  Coste mensual de los estudios

---

**Petición que se realiza**

Factura o presupuesto

Importe solicitado

Motivo y destino de la ayuda

Se informa que de concederse la prestación complementaria, la misma tiene la consideración de retribución del trabajo (bien dineraria o en especie) a los efectos del impuesto de la renta de las personas físicas, y la Mutua informará del pago de la prestación a la agencia tributaria. Asimismo, el solicitante se compromete a aportar los recibos o justificantes del destino de la ayuda o, en caso contrario, a devolver la cuantía percibida. Las prestaciones complementarias podrán reconocerse al beneficiario una única vez por cada accidente de trabajo o enfermedad profesional sufridos.

Firma del solicitante

En  , a  de  de

**A cumplimentar únicamente cuando no coincida el accidentado con el solicitante de la ayuda**  
(Accidentado declarado incapaz judicialmente o fallecido)

**Datos personales del solicitante**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Domicilio, localidad y provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Datos de la situación del solicitante**

Baja médica     Trabaja     Pensionista     Paro     Otros

Parentesco con el accidentado	Profesión	Actividad actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**De estar incapacitado, indicar grado, contingencia y secuelas**

**Ingresos brutos mensuales actuales**

IT	<input type="text"/>	pensión	<input type="text"/>	salario	<input type="text"/>
desempleo	<input type="text"/>	otros	<input type="text"/>	<b>Total ingresos</b>	<input type="text"/>

**Gastos mensuales de la unidad de convivencia**

Hipoteca	Préstamos personales	Vehículo	Alquiler	Gastos comunidad	Pensión alimenticia	Entidades financieras
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Nivel de estudios o preparación**

Sin estudios reglados     Estudios primarios     Estudios medios     Formación profesional     Estudios superiores

De conformidad con lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, número 151, con NIF G-08215824 y domicilio en Vía Augusta nº 36, 08006 Barcelona, te informa de que los datos facilitados serán tratados por Asepeyo sobre la base legal del consentimiento, libremente otorgado para el tratamiento de tus datos de carácter personal con la finalidad de gestionar tu solicitud de ayuda social, efectuar comunicaciones y notificaciones al respecto y, en su caso, realizar el abono de la ayuda solicitada, en el marco de lo establecido en los artículos 90 y 96.1.b) 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.

Tus datos se conservarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente y, en todo caso, hasta la conclusión del último plazo de prescripción de acciones penales y civiles, así como de sanciones administrativas, que resulte aplicable, sin perjuicio de su debido bloqueo. En virtud de los supuestos legalmente previstos, tus datos podrán ser comunicados a los organismos públicos competentes en materia de control, gestión y/o supervisión de la prestación, en concreto, considerando el carácter retributivo de la prestación, a efectos de declaración del IRPF Asepeyo, debes informar del importe de la misma a la Agencia Tributaria.

Adicionalmente, te informamos que, en el supuesto que sea necesario para la gestión de tu solicitud, podrán tener acceso a tus datos terceros que prestan servicios a Asepeyo, como pueden ser trabajadores sociales, proveedores de actividades colectivas, proveedores de material ortoprotésico, proveedores informáticos y proveedores de custodia y destrucción de documentación. Tus datos únicamente serán tratados por estos proveedores para la prestación del servicio contratado.

Puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y/o portabilidad por alguno de los medios habilitados que tienen por objeto acreditar y garantizar la identidad del solicitante:

- Mediante solicitud telemática realizada a través de Asepeyo Oficina Virtual (previo registro)
- Presentando solicitud firmada digitalmente mediante certificado electrónico emitido por una entidad acreditada mediante correo electrónico al Servicio de Atención al Usuario (asepeyo@asepeyo.es)
- Presencialmente en cualquiera de nuestros centros asistenciales

También se puede trasladar al DPD de Asepeyo (dpd@asepeyo.es) cualquier consulta, sugerencia y/o reclamación con relación al tratamiento de los datos de carácter personal. En cualquier caso existe el derecho de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), autoridad competente en materia de protección de datos, a través de su sede electrónica o por escrito dirigido a la sede de dicho organismo.

Autorizo que mis datos de carácter personal sean tratados por Asepeyo para la gestión de la ayuda social solicitada. En caso de no autorizar el tratamiento de tus datos de carácter personal en los términos informados, tu solicitud de ayuda social no podrá ser tramitada.