

**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA
ENTIDADES SECTOR PÚBLICO ANDALUZ
INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE, Y EN SU CASO, PRESTACIONES ECONÓMICAS COMPLEMENTARIAS**

(La documentación que se deba acompañar en cada caso a esta solicitud, puede consultarse en el apartado de Seguros de la DG de Patrimonio).

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE:		SEXO: <input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	DNI:
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	CÓD. POSTAL:	TELÉFONO DE CONTACTO:
ENTIDAD/ ORGANISMO:		CENTRO DE TRABAJO:	
PROVINCIA DEL CENTRO DE TRABAJO:		CORREO ELECTRÓNICO:	
CUENTA BANCARIA: IBAN: E.S / / / / /			

2 DATOS DEL ACCIDENTE			
<input type="radio"/> GRAN INVALIDEZ	<input type="radio"/> INCAPACIDAD ABSOLUTA	<input type="radio"/> INCAPACIDAD TOTAL	<input type="radio"/> INCAPACIDAD PARCIAL <input type="radio"/> MUERTE
CAUSA DEL ACCIDENTE:			
TIPO DE ACCIDENTE: <input type="radio"/> LABORAL <input type="radio"/> COMÚN		FECHA DEL ACCIDENTE:	

3 DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA (cumplimentar solo en caso de muerte de la persona empleada pública)		
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	RELACIÓN FAMILIAR CON LA PERSONA SOLICITANTE:
ENTIDAD/ORGANISMO:	CENTRO DE TRABAJO:	PROVINCIA DEL CENTRO DE TRABAJO:

4 PRESTACIONES ECONÓMICAS COMPLEMENTARIAS (Señalar la que proceda)
<p>En caso de fallecimiento por accidente</p> <p><input type="checkbox"/> Prestación por hijo a cargo menor de 25 años o mayor discapacitado.</p> <p><input type="checkbox"/> Gastos de sepelio (Adjuntar factura original de los gastos)</p> <p>En caso de Incapacidad Permanente Parcial, Total, Absoluta y Gran Invalidez</p> <p>(En todos los casos se adjuntará factura original de los gastos realizados y documentación justificativa de la necesidad del gasto)</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda protésica y gastos odontológicos</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para adecuación de vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para adecuación de vehículo</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para silla de ruedas y elementos de movilidad y descanso</p>

5 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>LA PERSONA SOLICITANTE</p> <p>Fdo.:</p>

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GERENTE

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero de Prestaciones Económicas del Seguro de Accidentes. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de la ayuda solicitada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Entidad/Organismo del Sector Público Andaluz correspondiente.