

## Impreso de solicitud. **Gastos de transporte**

NIF/CIF _____	A RELLENAR POR MUTUA NAVARRA N° Expediente _____ Contingencia <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CP Médico _____
Nombre del trabajador _____	
Nombre de la empresa _____	

Fecha de Asistencia	Motivo de la asistencia (1)	Centro de destino	Localidad de origen	Distancia en km (2)	Medio de transporte	Importe (euros)

(1) Seguimiento médico CC / Consulta médica CP / Sesión de rehabilitación / Visita de enfermería / Pruebas complementarias. (2) Si se desplaza en vehículo particular.

**Entregue, por favor, fotocopia de la primera cara de su libreta de manera clara o del nº de cuenta donde efectuar el ingreso de las cantidades.**

	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	CUENTA
Nº CUENTA				

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMADO \_\_\_\_\_

NORMATIVA DE APLICACIÓN: RESOLUCIÓN DE 21/10/2009, DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (BOE 04/11/2009).

De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos, así como los que se obtengan como consecuencia de la actuación aquí solicitada, forman parte de nuestros ficheros automatizados a fin de posibilitar la realización de las actividades y competencias que Mutua Navarra tiene atribuidas como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Conforme a lo establecido en la LOPD puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a Mutua Navarra, Pol. Ind. Landaben, c/F nº4, 31012 Pamplona, e indicándonos la operación a realizar.

---

## Condiciones para solicitar los gastos de transporte

---

### Desplazamientos con derecho a compensación

- Beneficiarios de asistencia sanitaria derivada de contingencia profesional:
  - Medios de transporte colectivo.
  - Taxi. Solamente en los siguientes supuestos:
    1. Cuando su utilización sea **prescrita por el facultativo** que le atienda, por ser exigida por razones médicas.
    2. **Previamente autorizado por la mutua** por no existir otro medio de transporte colectivo.
  - Vehículo particular **sólo si reside en distinta localidad**.
- Citados a reconocimiento médico por contingencias comunes (**a partir de 12 meses de Incapacidad Temporal**):
  - Medios de transporte colectivo. De no existir, se abonará el importe del taxi hasta la estación de ferrocarril o autobús de la localidad más próxima.
  - Taxi. Solamente cuando esté **autorizado previamente** por el facultativo de la mutua.
  - Vehículo particular **sólo si reside en distinta localidad**.

### Importe de la compensación

#### Medios de transporte colectivo

Importe total de la tarifa más económica (ferrocarril billete de segunda clase, autobús billete de línea regular, avión billete de clase turista). El abono de dichos gastos se justificará mediante la presentación del billete.

#### Vehículo particular

Se abonará una cuantía de 0,19 euros/km desde el lugar del domicilio o centro de trabajo del paciente hasta el centro de la asistencia o reconocimiento.

#### Taxi

Se abonará el gasto justificado por factura o documento similar que contenga los datos fiscales del taxi, el origen y el destino del trayecto.