

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   
 Fechas altas médicas   
 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 familiar

Hipoteca   
 Préstamos personales   
 Vehículo   
 Alquiler   
 Gastos comunidad   
 Pensión alimenticia   
 Entidades financieras

¿Ha percibido o percibirá otra indemnización por el accidente?  NO  SÍ

Por convenio  
 Particular  
 Por domiciliación de nómina  
 Circulación

Fecha   
 Importe

(De no haberse percibido todavía, indicar cuantía y fecha aproximada)

### Nivel de estudios o preparación

No sabe leer-escribir castellano  
 Sabe leer-escribir castellano  
 Estudios primarios

Estudios medios  
 Formación profesional  
 Estudios superiores

### Referencia de la empresa

Razón Social

Domicilio, localidad y provincia

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Parentesco con el accidentado	Actividad actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos brutos mensuales	Coste mensual de los estudios	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Parentesco con el accidentado	Actividad actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos brutos mensuales	Coste mensual de los estudios	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Parentesco con el accidentado	Actividad actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos brutos mensuales	Coste mensual de los estudios	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Parentesco con el accidentado	Actividad actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos brutos mensuales	Coste mensual de los estudios	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Parentesco con el accidentado	Actividad actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos brutos mensuales	Coste mensual de los estudios	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151

**Petición que se realiza**

Cuantía

Motivo y destino de la ayuda

Se informa que de concederse la prestación especial, 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

**De tratarse de ayuda convencional, adjuntar:**

- Documento Nacional de Identidad del solicitante.
- Justificante de las lesiones o secuelas: informe médico actual, resolución o sentencia.
- Justificante de los ingresos económicos de todos los miembros de la unidad familiar: recibo de nómina, recibo de IT, revaloración del INSS sobre la pensión, certificado del SEPE, etcétera según los casos particulares.
- Recibo de la prestación IT delegada o vista INSL si es pago directo (en caso de estar el afectado en situación de baja).
- Justificantes de los gastos fijos declarados.
- Cualquier documento que solicite la Dirección de Ayudas Sociales CATA.
- Presupuesto o factura del coste de lo que solicita.
- Cuanto se crea preciso para demostrar la situación que se plantea.

**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

<input type="checkbox"/> Baja médica	<input type="checkbox"/> Alta curado	<input type="checkbox"/> Pendiente de resolución	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Paro	<input type="checkbox"/> Finalizó contrato	<input type="checkbox"/> Trabaja
Fecha AT o EP y recaídas	Fechas altas médicas	Profesión	Situación laboral actual			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<b>Contingencia</b>	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional				
<b>Incapacidad reconocida o previsible</b>	<input type="text"/>					

### Secuelas o lesiones

### 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 familiar

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"/>

¿Ha percibido o percibirá otra indemnización por el accidente?  NO  Sí

<input type="checkbox"/> Por convenio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Por domiciliación de nómina	<input type="checkbox"/> Circulación
Fecha	<input type="text"/>	Importe	<input type="text"/>

(De no haberse percibido todavía, indicar cuantía y fecha aproximada)

### Nivel de estudios o preparación

<input type="checkbox"/> No sabe leer-escribir castellano	<input type="checkbox"/> Sabe leer-escribir castellano	<input type="checkbox"/> Estudios primarios
<input type="checkbox"/> Estudios medios	<input type="checkbox"/> Formación profesional	<input type="checkbox"/> Estudios superiores