## **MUTUA BALEAR**

## SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

1. DATOS DE LA EMPRESA						
EMPRESA		DELEGACIÓN		CCC		
				/ 71023784 /93		
TIPO DE ACCIDENTE		1		I		
□ ACCIDENTE    □ ACC	CCIDENTE IN ITINERE (al ir o volv	ver del trabajo)	☐ ACCIDENTE EN D	ESPLAZAMIENTO LABORAL		
2. DATOS TRABAJADOR A	CCIDENTADO					
NOMBRE Y APELLIDOS			Nº IDENTIFICACIÓI	N (DNI)		
N° AFILIACIÓN S.S.	TIPO DE CONTRATO		HORARIO JORNAD. Hora entrada	A LABORAL Hora salida		
PUESTO DE TRABAJO	PROFESIÓN -		FORMACIÓN RECIB	IDA		
TAREAS DEL PUESTO DE TRABAJO						
3. DATOS DEL SUCESO						
FECHA ACCIDENTE		HORA	ACCIDENTE			
Día Mes Año	Día Semana	Hora		Minutos		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL TESTIGO	):			l		
Lugar del accidente (Dirección):						
				X		
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO QUE ES	TABA REALIZANDO:					
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA FO	DRMA EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDE	ENTE:				
;POR QUÉ SE HA PRODUCIDO EL AC	CIDENTE? DETERMINACIÓN DE LAS C	AUSAS QUE HAN PRO	DVOCADO EL ACCIDENTE:			
OUÉTE HA DASADO AL TRABATADO	DR? DESCRIPCIÓN DE DAÑOS VISIBLES	COPTES HEMATO	MAS ETC )			
QUE EL TIA PASADO AL TRABAJADO	JN: DESCRIPCION DE DANOS VISIDLES	o (CORTES, TILMATO	WA3, LTC.)			
¿QUÉ PARTE DEL CUERPO SE HA LE	SIONADO?					
1						









PDF con formulario interactivo. Puede rellenar los campos desde su ordenador, guardar y/o imprimir este documento.

¿ASISTENCIA A SOLICITUD DEL TRABAJADOR?	<b>⋉</b> SÍ	□N	
---	-------------	----	--

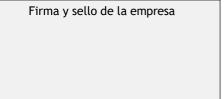
## **NOTAS**

- 1. La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no conlleva el reconocimiento por parte de la Mutua de la concurrencia de un accidente de trabajo.
- 2. La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos a los de MUTUA BALEAR no implica que esta Mutua deba asumir necesariamente el coste de la asistencia prestada.
- 3. En caso de que la Mutua califique el incidente como accidente de trabajo, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, la empresa deberá:
  - a). Si causa baja médica: tramitar el correspondiente parte de accidente e trabajo, a través del sistema Delt@ (en los cinco días siguientes a la fecha de emisión de la baja médica o en las 24 horas siguientes en caso de accidente grave, muy grave o fallecimiento)
  - b). Si no causa baja médica: incluir este proceso en la relación de accidentes de trabajo Sin Baja Médica (Delt@) del mes siguiente al de la asistencia.

Siempre que necesite más volantes de solicitud de asistencia, pueden solicitarlos en nuestras oficinas o descargárselos desde nuestra página web: <a href="https://www.mutuabalear.es">www.mutuabalear.es</a>



Cumplir (nombre y	nentado por : <u>EMII</u>	_I VIVES		
Cargo: DEP. PRL				Teléfono: 673868753
En _	IBIZA	a	de	 de 20





ENVIAR

IMPRIMIR GU

**GUARDAR** 



REMITIR ESTA SOLICITU , DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, POR FA O POR MAIL A SU DELEGACIÓN CORRESPO DIENTE. Dispone d todo el listado de delegacion s en la siguiente página y en ww.mutuabalear.es







## SOLICITUD DE **ASISTENCIA**

PDF con formulario interactivo. Puede rellenar los campos desde su ordenador, guardar y/o imprimir este documento.