

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

1. DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA	DELEGACIÓN	CCC / 71023784 /93
TIPO DE ACCIDENTE <input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE IN ITINERE (al ir o volver del trabajo) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN DESPLAZAMIENTO LABORAL		

2. DATOS TRABAJADOR ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS		Nº IDENTIFICACIÓN (DNI)	
Nº AFILIACIÓN S.S. / /	TIPO DE CONTRATO	HORARIO JORNADA LABORAL Hora entrada Hora salida	
PUESTO DE TRABAJO	PROFESIÓN -	FORMACIÓN RECIBIDA	
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:					
Lugar del accidente (Dirección):				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO QUE ESTABA REALIZANDO:					
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA FORMA EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE:					
¿POR QUÉ SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE? DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS QUE HAN PROVOCADO EL ACCIDENTE:					
¿QUÉ LE HA PASADO AL TRABAJADOR? DESCRIPCIÓN DE DAÑOS VISIBLES (CORTES, HEMATOMAS, ETC.)					
¿QUÉ PARTE DEL CUERPO SE HA LESIONADO?					

¿ASISTENCIA A SOLICITUD DEL TRABAJADOR?

☒ 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 de 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: www.mutuabalear.es



Firma y sello de la empresa

Cumplimentado por : EMILI VIVES
(nombre y apellido)

Cargo: DEP. PRL Teléfono: 673868753

En IBIZA a _____ de _____ de 20__

BORRAR TODO

¡No se puede deshacer!

ENVIAR

IMPRIMIR

GUARDAR



REMITIR ESTA SOLICITU , DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, POR FA O POR MAIL A SU DELEGACIÓN CORRESPONDIENTE. Dispone de todo el listado de delegaciones en la siguiente página y en www.mutuabalear.es



Información básica sobre privacidad: Todos los datos son obligatorios para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS nº183. La finalidad es la tramitación y la gestión de las prestaciones asistenciales y económicas a las que los autónomos o trabajadores mutualistas tengan derecho, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Más información sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas en <https://www.mutuabalear.es/es/portal-privacidad>

SOLICITUD DE ASISTENCIA

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