

SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

| 1. DADES DE L'EMPRESA | | |
|---|-----------|------------|
| EMPRESA | DELEGACIÓ | CCC / / |
| TIPUS D'ACCIDENT <input type="checkbox"/> ACCIDENT <input type="checkbox"/> ACCIDENT IN ITINERE (en anar o tornar de la feina) <input type="checkbox"/> ACCIDENT EN DESPLAÇAMENT LABORAL | | |

| 2. DADES TREBALLADOR ACCIDENTAT | | |
|---------------------------------|--------------------|--|
| NOM I COGNOMS | | Nº IDENTIFICACIÓ (DNI) |
| Nº AFILIACIÓ S.S. / / | TIPUS DE CONTRACTE | HORARI JORNADA LABORAL Hora entrada ----- Hora sortida ----- |
| LLOC DE TREBALL | PROFESSIÓ | FORMACIÓ REBUDA |
| TASQUES DEL LLOC DE TREBALL | | |

| 3. DADES DEL SUCCÉS | | | | | |
|--|-----|-----|---------------|---|--------|
| DATA ACCIDENT | | | HORA ACCIDENT | | |
| Dia | Mes | Any | Dia Setmana | Hora | Minuts |
| NOM I COGNOMS DEL TESTIMONI: | | | | | |
| Lloc de l'accident (Adreça): | | | | Es trobava al seu lloc de treball? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| DESCRIPCIÓ DEL TREBALL QUE ESTAVA REALITZANT: | | | | | |
| DESCRIPCIÓ DETALLADA DE LA MANERA EN QUE ES VA PRODUIR L'ACCIDENT: | | | | | |
| PER QUÈ S'HA PRODUIR L'ACCIDENT? DETERMINACIÓ DE LES CAUSES QUE HAN PROVOCAT L'ACCIDENT: | | | | | |
| QUÈ LI HA PASSAT AL TREBALLADOR? DESCRIPCIÓ DE DANYS VISIBLES (TALLS, HEMATOMES, ETC.) | | | | | |
| QUINA PART DEL COS S'HA LESIONAT? | | | | | |

ASSISTÈNCIA A SOL·LICITUD DEL TREBALLADOR? SÍ NO

NOTES

1. L'emissió d'aquesta sol·licitud d'assistència sanitària no comporta el reconeixement per part de la Mutua de la concurrència d'un accident de treball.
2. La presentació d'aquest document a Serveis Mèdics diferents als de MUTUA BALEAR no implica que aquesta Mutua hagi d'assumir necessàriament el cost de l'assistència prestada.
3. En el cas que la Mutua califiqui l'incident com a accident de treball, d'acord amb les disposicions legals vigents, l'empresa haurà de:
 - a) Si causa baixa mèdica: tramitar el corresponent comunicat d'accident de treball, a través del sistema Delt@ (durant els cinc dies posteriors a la data d'emissió de la baixa mèdica o en les 24 hores següents en cas d'accident greu, molt greu o mort).
 - b) Si no causa baixa mèdica: incloure aquest procés en la relació d'accidents de treball Sense Baixa Mèdica (Delt@) del mes posterior al de l'assistència.

Sempre que necessiti més volants de sol·licitud d'assistència, pot sol·licitar-los a les nostres oficines o descarregar-los des de la nostra pàgina web: www.mutuabalea.es

MUTUA BALEAR. MUTUA COL·LABORADORA AMB LA SEURETAT SOCIAL N° 183. SEGONS REGISTRE OFICIAL DEL MINISTERI, C.I.F. G 07046196

Complimentat per: _____
(nom i cognom)

Càrrec: _____ Telèfon: _____

A _____ el _____ de _____ de 20____

Signatura i segell de l'empresa

Informació bàsica sobre privacitat: Totes les dades són obligatòries per a la correcta tramitació de la seva sol·licitud. El responsable del tractament és MUTUA BALEAR, MCSS n°183. La finalitat és la tramitació i la gestió de les prestacions assistencials i econòmiques a les quals els autònoms o treballadors mutualistes tinguin dret, el compliment d'obligacions legals i finalitats de gestió de la qualitat. Els interessats tenen dret a sol·licitar l'accés, la rectificació o supressió, la limitació del tractament i la portabilitat de les seves dades, així com a oposar-se al seu tractament i a presentar una reclamació davant d'una autoritat de control. Més informació sobre protecció de dades i els seus drets a la política de privacitat per a empreses mutualistes a <https://www.mutuabalea.es/es/portal-privacidad>