

JUSTIFICANTE MÉDICO DE ASISTENCIA POR ACCIDENTE LABORAL

(A cumplimentar, exclusivamente, por el centro concertado que presta la asistencia)

CENTRO DE 1ª ASISTENCIA

ASISTENCIA PRESTADA AL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIF/NIE	
Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL / /	DOMICILIO COMPLETO		
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO	

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CIF/NIF	
DOMICILIO COMPLETO			
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO	

DATOS DE LA ASISTENCIA

FECHA DE LA ASISTENCIA / /	FECHA DEL ACCIDENTE / /		
¿PRECISA BAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA BAJA / /		
DIAGNÓSTICO			
MÉDICO DE LA ASISTENCIA			Nº DE COLEGIADO

FIRMA DEL MÉDICO



REMITIR ESTE JUSTIFICANTE A MUTUA BALEAR JUNTO CON EL INFORME MÉDICO DE LA ASISTENCIA PRESTADA

En _____ a _____ de _____ de 20__

Información básica sobre privacidad: El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. Los datos consignados en este justificante serán tratados para fines de gestión administrativa y contable. La base jurídica es la relación contractual con el centro concertado que ha llevado a cabo la asistencia sanitaria y el cumplimiento de obligaciones legales en materia fiscal, contable y de seguridad social. Los datos serán conservados durante los plazos previstos en las disposiciones legales aplicables y el tiempo necesario para atender a posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. No se comunicarán los datos a terceros salvo obligación legal. Tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, su rectificación, supresión o portabilidad, la limitación de su tratamiento, a oponerse al tratamiento y a la adopción de decisiones individuales automatizadas, así como a presentar una reclamación ante la AEPD. + info sus derechos en <https://www.mutuabalear.es/es/portal-privacidad>