

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

| 1. DATOS DE LA EMPRESA | | |
|--|------------|------------|
| EMPRESA | DELEGACIÓN | CCC / / |
| TIPO DE ACCIDENTE | | |
| <input 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): | | | | ¿Estaba en su puesto de trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| 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 NO

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.mutuabaleaer.es

Firma y sello de la empresa

Cumplimentado por : _____
(nombre y apellido)

Cargo: _____ Teléfono: _____

En _____ a _____ de _____ de 20____

 REMITIR ESTA SOLICITUD, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, POR FAX O POR MAIL A SU DELEGACIÓN CORRESPONDIENTE. Dispone de todo el listado de delegaciones en la siguiente página y en www.mutuabaleaer.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.mutuabaleaer.es/es/portal-privacidad>

BALEARES

PALMA CLÍNICA

📞 971 213 176
✉ admisionclinica@mutuabaleares.es
☎ 971 213 400
🕒 24 horas

PALMA POLÍGONO

📞 971 207 808
✉ admisionclinica@mutuabaleares.es
☎ 971 434 948
🕒 8:00 a 19:00

INCA

📞 971 505 837
✉ admisioninca@mutuabaleares.es
☎ 971 501 365
🕒 8:00 a 20:00

MANACOR

📞 971 552 546
✉ admisionmanacor@mutuabaleares.es
☎ 971 551 582
🕒 8:00 a 20:00

FELANITX

📞 971 581 281
✉ admisionfelanitx@mutuabaleares.es
☎ 971 580 162
🕒 8:00 a 15:00

MENORCA

📞 971 350 237
✉ admisionmenorca@mutuabaleares.es
☎ 971 367 917
🕒 8:00 a 20:00

IBIZA

📞 971 300 771
✉ admisionibiza@mutuabaleares.es
☎ 971 300 203
🕒 8:00 a 20:00

CANARIAS

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

📞 928 244 843
✉ admisionlaspalmas@mutuabaleares.es
☎ 928 296 465
🕒 8:00 a 20:00

LANZAROTE

📞 928 803 361
✉ admisionfuerlan@mutuabaleares.es
☎ 928 810 869
🕒 8:00 a 15:30

FUERTEVENTURA

📞 928 541 004
✉ admisionfuerlan@mutuabaleares.es
☎ 928 628 884
🕒 8:00 a 15:00

SANTA CRUZ DE TENERIFE

📞 922 243 395
✉ admisiontenerife@mutuabaleares.es
☎ 922 245 479
🕒 8:00 a 18:00

PUERTO DE LA CRUZ

📞 922 373 302
✉ admisiontenerife@mutuabaleares.es
☎ 922 389 985
🕒 8:00 a 15:30

TENERIFE SUR LOS CRISTIANOS

📞 922 787 304
✉ admisiontenerife@mutuabaleares.es
☎ 922 964 364
🕒 8:00 a 15:30 | Mié. 16:00 a 18:00

PENÍNSULA

MADRID

📞 91 300 07 48
✉ mbmadrid@mutuabaleares.es
☎ 917 599 521
🕒 8:00 a 18:00

BARCELONA

📞 934 190 242
✉ admisionbarcelona@mutuabaleares.es
☎ 933 223 613
🕒 8:00 a 20:00

MÁLAGA

📞 952 216 155
✉ mbandalucia@mutuabaleares.es
☎ 952 216 610
🕒 8:00 a 15:00

CÁDIZ

📞 956 492 452
✉ mbandalucia@mutuabaleares.es
☎ 956 497 405
🕒 8:00 a 15:00

🕒 *Todos los horarios, excepto la Clínica 24 horas 365 días, son de Lunes a Viernes*



RED DE CENTROS

Toda nuestra red de centros, con datos de contacto y geolocalización en la web **mutuabaleares.es**