desde su ordenador, guardar y/o imprimir este documento.



SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

1. DATO	S DE LA EI	MPRESA								
EMPRESA					DELEGACIÓN	1		CCC		
								/		/
TIPO DE AC	CIDENTE							1		
☐ ACCID	ENTE	□ ACCID	ENTE IN ITI	NERE (al ir o volv	ver del traba	nio) 🗆	ACCIDENTE EN I	DESPLA7	AMIENTO LA	BORAL
				(0.0.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00		.,,-,				
2 DATO	C TDADAL	ADOR ACCI	DENTADO	`						
NOMBRE Y		ADOK ACCI	DLIVIADO	,			N° IDENTIFICACIÓ	N (DNI)		
NOMBRE 1	AI ELLIDOS									
N° AFILIACIÓN S.S. TIPO DE CONTRATO			NTRATO				RNADA LABORAL			
						Hora entrada Hora salida				
PUESTO DE	TRABAJO			PROFESIÓN			FORMACIÓN RECI	BIDA		
TAREACRE	L DUESTO DE	TDADA IO								
TAREAS DE	L PUESTO DE	TRABAJO								
0. 0.410	C DEL CUI	NECO.								
	S DEL SUC	ESO								
FECHA ACC	Mes	Año	Día Sem		HORA ACCIDENTE Hora			Minutos		
Dia	Mes	Allo	Dia Selli	alla		пога		Milluco	5	
-	APELLIDOS DE									
Lugar del accidente (Dirección):								¿Estaba en su puesto de trabajo?		
									Í NO	
DESCRIPCIÓ	N DEL TRABA	JO QUE ESTAB	A REALIZAND	0:						
DESCRIPCIÓ	ON DETALLADA	A DE LA FORMA	EN QUE SE P	RODUJO EL ACCIDE	ENTE:					
DOB OUÉ G	E HA DRODIN	CIDO EL ACCIDE	NITES DETERM	MINACIÓN DE LAS C	ALICAC OLIE III	AN DROVOC	ADO EL ACCIDENTE			
ZPOR QUE S	DE HA PRODUC	LIDO LL ACCIDE	INIL: DLILK	MINACION DE LAS C.	AUSAS QUL III	AN PROVOCA	ADO LL ACCIDENTE	•		
;OUÉ LE HA	A PASADO AL T	TRABAJADOR? [DESCRIPCIÓN	DE DAÑOS VISIBLES	S (CORTES, HE	MATOMAS.	ETC.)			
240= ==			2201111 01011	2 2 2 1 1 0 2 7 1 2 1 2 1	(00:11:25) 112		,			
¿QUÉ PART	E DEL CUERPO	O SE HA LESION	IADO?							









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

¿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.mutuabalear.es

					Firma y sello de la empresa
Cumplimentado por : nombre y apellido)					
Cargo:			Teléfon o: _		
n	а	de		de 20	

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





