

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE LABORAL

EMPRESA*	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL*	
DOMICILIO*	LOCALIDAD*	TELÉFONO*

ROGAMOS PRESTEN ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA		
NOMBRE*		
DNI*	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	
DOMICILIO	LOCALIDAD	TELÉFONO CONTACTO*

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE*
CENTRO ASISTENCIAL / HOSPITAL AL QUE ACUDE*

* Campo de OBLIGATORIO cumplimiento

Remitir este volante por **FAX** al **971 436 583**

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN

1. Este Parte de Asistencia deberá ser extendido, rellenado todos los campos que en él se contienen, debiendo entregarse al facultativo o Centro Sanitario donde deba ser atendido.
2. Su presentación es imprescindible para que pueda prestarse Asistencia Sanitaria por cuenta de MUTUA BALEAR por accidente de trabajo.
3. Cuando la asistencia prestada al trabajador produzca baja laboral, la empresa deberá efectuar el correspondiente parte de accidente en el plazo máximo de cinco días hábiles de producirse la baja.
4. Si no se produce baja laboral, la empresa debe efectuar relación de accidentes sin baja.

En _____, a _____ de _____ de _____ Firma y sello de la empresa