

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

Nombre empresa		N.º afiliación Seguridad Social
Domicilio		Localidad
Teléfono	Correo electrónico	

Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador/a la trabajadora de esta empresa

Nombre trabajador/a	DNI	N.º afiliación Seguridad Social	Puesto de trabajo
Domicilio	Localidad		Teléfono

Descripción del motivo de la solicitud de asistencia

Descripción detallada	Fecha	Hora
Lugar del incidente	Centro asistencial/hospital al que acude	
El incidente ha sido contrastado por la empresa: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Datos del/de la responsable o representante de la empresa que cumplimenta la solicitud

Nombre y apellidos	DNI	Fecha	Firma y sello

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN

1. Esta solicitud de asistencia deberá ser cumplimentado rellenando todos los campos que en él se contienen, y se entregará en el centro sanitario donde deba ser atendida la persona interesada.
2. Su presentación es imprescindible para que pueda prestarse asistencia sanitaria.
3. La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone el reconocimiento de la contingencia profesional por parte de esta Mutua.
4. Cuando la asistencia prestada al trabajador o trabajadora produzca baja laboral, la empresa deberá efectuar el correspondiente parte de accidente en el plazo máximo de cinco días hábiles desde la baja.
5. Si no se produce baja laboral, la empresa debe registrar la información correspondiente en la relación de accidentes sin baja.