

Nombre empresa*		CIF*
Domicilio		Localidad
Teléfono	Correo electrónico	

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

Nombre y apellidos*	DNI*	Fecha*
---------------------	------	--------

En caso de tener concierto de prestación de servicios con Unión de Mutuas, MCSS n.º 267, rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador o 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 del incidente*	Fecha*	Hora*
Trabajo que se realizaba cuando se produjo el incidente*		
Centro asistencial/hospital al que acude		
El incidente ha sido contrastado por la empresa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre y DNI de los o las testigos del incidente (si hubiera)		
Lugar del incidente:		
<input type="checkbox"/> 1. En el centro o lugar habitual de trabajo <input type="checkbox"/> 2. En desplazamiento en su jornada laboral <input type="checkbox"/> 3. Al ir o volver del trabajo (<i>in itinere</i>) <input type="checkbox"/> 4. En otro centro o lugar de trabajo		

Rellenar obligatoriamente en caso de incidentes: "2. En desplazamiento en su jornada laboral" o "3. Al ir o volver del trabajo (*in itinere*)"

País*	Provincia*	Municipio*
Calle y número*	Vía pública o punto kilométrico*	Otro lugar*

CRITERIOS DE ACCIDENTE *IN ITINERE*

El accidente fuera de tiempo y lugar de trabajo no goza de la presunción de laboralidad que otorga el artículo 156.3 de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015). Por lo tanto, corresponde al trabajador la carga de la prueba para acreditar, y no referir tan solo verbalmente, las circunstancias en las que se ha producido el percance. A tal fin, se requiere en los casos catalogados como accidente de tráfico *in itinere* ciertos documentos con el fin de comprobar que se cumplen los requisitos que legitiman esta situación (adecuación entre jornada laboral, lugar de trabajo habitual, lugar con fecha y hora del accidente).

Rellenar obligatoriamente en caso de incidentes: "4. En otro centro o lugar de trabajo"

Es pluriempleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de empresa*: <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> Usuaría de ETT <input type="checkbox"/> Otro tipo		
CIF*	CCC	Razón social*
Domicilio		Provincia
Código postal	Teléfono	N.º de trabajadores/as
Actividad económica principal de la empresa		Actividad económica principal de la empresa (CNAE)

Firma responsable o representante empresa y sello

De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es Unión de Mutuas, MCSS n.º 267. La finalidad del tratamiento de sus datos será la de gestionar la asistencia sanitaria y prestación económica, así como realizar cualquier trámite necesario dentro del marco de las atribuciones legalmente encomendadas a esta entidad como mutua colaboradora con la Seguridad Social. No se cederán datos a ningún tercero para ninguna finalidad salvo obligación legal como mutua colaboradora con la Seguridad Social. Unión de Mutuas garantiza el secreto profesional de quienes intervienen en el tratamiento de sus datos, así como el respeto a la intimidad personal y familiar de los interesados, entendida como un derecho fundamental de los mismos. Le informamos de que tiene usted derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar u oponerse al tratamiento de sus datos así como a la portabilidad de los mismos en los términos legalmente establecidos, mediante escrito dirigido a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS N.º 267 presentándolo en cualquiera de sus delegaciones. A través del siguiente enlace web <https://www.uniondemutuas.es/politicaprotecciondatospersonales/> le proporcionamos información adicional sobre el tratamiento de sus datos de carácter personal.

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN

1. Esta solicitud de asistencia deberá ser cumplimentada rellenando de forma obligatoria todos los campos marcados con un asterisco. (*)
2. Debe ser remitida al centro sanitario donde deba ser atendida la persona interesada.
3. Su presentación es imprescindible para que pueda prestarse asistencia sanitaria.
4. La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone el reconocimiento de la contingencia profesional por parte de esta Mutua.
5. 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.
6. Si no se produce baja laboral, la empresa debe registrar la información correspondiente en la relación de accidentes sin baja.