

Deben imprimirse dos copias, una para la Mutua y otra para el interesado.

EMPRESA:

Nº de CCC

Correo electrónico:

Teléfono:

Rogamos presten asistencia sanitaria al TRABAJADOR:

Nombre y Apellidos:

Nº Afiliación Seguridad Social

NIF/NIE

Descripción del motivo de la solicitud de asistencia (especificando fecha y hora del incidente):

a  de  de Por la Empresa  
(firma y sello)

De acuerdo con las actuales disposiciones legales, en caso de accidente de trabajo se cumplimentará:

- Si causa **baja médica**, el parte de accidente dentro de los **cinco días hábiles desde la fecha accidente o fecha de baja si es posterior**.

- Si no causa baja, se incluirá en la relación de casos sin baja del mes siguiente al de la asistencia.

En ningún caso este volante de solicitud de asistencia sustituye la obligación de presentar el parte de accidente.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274, C/ Ramírez de Arellano, 27, 28043 Madrid, le informa que los datos suministrados por medio del presente documento, así como todos aquellos datos e informaciones que se generen como consecuencia de la atención sanitaria solicitada/prestada y de la tramitación de las prestaciones que pudieran derivarse, serán tratados en un fichero responsabilidad de IBERMUTUAMUR a los exclusivos fines indicados, por lo que deviene necesario la recogida y tratamiento de los datos para la realización de tales fines.