

Justificante de asistencia médica

Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
		Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	
			SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/>

Situación: Activo/a Perceptor/a de desempleo contributivo

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte				
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número		Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Localidad		Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO)				

Diagnóstico	Código CIE-9
	Código CIE-10

Fecha asistencia	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a	
	Firma, fecha y sello	
	Nº de colegiado/a	
	Nº de identificación del facultativo/a	



Justificante de asistencia médica

Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
		Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	
			SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/>

Situación: Activo/a Perceptor/a de desempleo contributivo

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte				
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número		Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Localidad		Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO)				

Diagnóstico	Código CIE-9
	Código CIE-10

Fecha asistencia	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a	
	Firma, fecha y sello	
	Nº de colegiado/a	
	Nº de identificación del facultativo/a	



Justificante de asistencia médica

Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora <input type="checkbox"/> SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/>
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
		Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	


Situación: Activo Perceptor de desempleo contributivo

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte			
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número		Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo	
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO)			

Datos del facultativo/a-CIAS/
Datos del médico/a inspector/a

Fecha asistencia


Firma, fecha y sello
Nº de colegiado/a
Nº de identificación del facultativo/a

Justificante de asistencia médica

Tipo de contingencia:	Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/>	Accidente no Laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	Entidad emisora
	Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	
	Periodo de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		
			SPS <input type="checkbox"/> INSS/ISM <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/>

Situación: Activo/a Perceptor/a de desempleo contributivo

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - pasaporte				
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)		Número		Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Localidad		Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Nombre de la empresa		Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación (CNO)				

Diagnóstico	Código CIE-9
	Código CIE-10

Fecha asistencia	Datos del facultativo/a-CIAS/ Datos del médico/a inspector/a	
	Firma, fecha y sello	
	Nº de colegiado/a	
	Nº de identificación del facultativo/a	



Información detallada sobre protección de datos personales

Responsable del tratamiento: Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA) con domicilio en la calle C/ RAMIREZ DE ARELLANO 27, 28043, MADRID, teléfono de contacto 900 23 33 33 y email de contacto atencionalcliente@ibermutua.es. Pudiendo contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: dpd@ibermutua.es.

Finalidades del tratamiento: Los datos personales son tratados para gestionar los servicios prestados por IBERMUTUA en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para estas finalidades. En caso de que no los facilite no se le podrá seguir atendiendo.

Legitimación: La base de licitud del tratamiento es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios de los datos: Sus datos personales van a ser comunicados a su empresa, excepto los de salud, y podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social, a otros organismos de la Administración Pública, incluido jueces y tribunales de justicia; así como a otras Mutuas y entidades sanitarias con las que se tenga concierto sanitario, en cumplimiento de una obligación legal o contractual, respectivamente.

Plazo de conservación de los datos: Los datos serán conservados durante los plazos exigidos en materia de asistencia sanitaria y por la normativa reguladora de la actividad de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, así como durante los plazos legales de prescripción de posibles responsabilidades.

Ejercicio de derechos: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, y a no ser objeto de decisiones automatizadas, enviando una comunicación a la C/ RAMIREZ DE ARELLANO 27, 28043-MADRID o la dirección: derechosdatospersonales@ibermutua.es, concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

En caso de que considere que sus derechos no han sido suficientemente atendidos, puede presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto www.agpd.es o C/Jorge Juan nº 6, 28001-Madrid, y/o teléfono de **contacto 912 663 517**.

Más información: En el Aviso legal y Privacidad de www.ibermutua.es.