



SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

Página 1 de 1

Rogamos presten asistencia al siguiente trabajador como consecuencia de un posible accidente de trabajo:

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social	NIF / CIF	CCC
--------------	-----------	-----

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellidos	NIF / NIE	Teléfono móvil
Domicilio	Localidad	Código postal
Profesión	E-mail	

DATOS DE ACCIDENTE

Fecha	Descripción del accidente
Hora	
Accidente de tráfico <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
E-mail de contacto de la empresa	
Teléfono de contacto de la empresa	

E-mail de contacto: at@activamutua.es

Firma y sello de la empresa

....., a de de 20.....

La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone reconocimiento de accidente de trabajo. **EL PARTE MÉDICO DE BAJA O PARTE DE ASISTENCIA SIN BAJA MÉDICA** le será entregado al trabajador siempre que aporte esta solicitud y nuestros médicos consideren que es un **ACCIDENTE DE TRABAJO**.

Si causa baja médica habrán de tramitar el correspondiente parte de accidente de trabajo, a través del sistema **Delt@ o CoNTA** en los cinco días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la baja médica. Si no causa **BAJA MÉDICA** deberán incluir este proceso en la Relación de Accidentes de Trabajo Sin Baja Médica **Delt@ o CoNTA** del mes siguiente al de la asistencia. La emisión de este documento no exonera a la empresa de la obligación legal de realizar el comunicado oficial de accidente a través de los portales **Delt@ o CoNTA**. Disponen de la herramienta de preparates a través de **SERVIMUTUA**.

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que mediante la cumplimentación del presente formulario consiente expresamente a que sus datos personales, incluidos los de salud, sean tratados e incorporados en un fichero titularidad de ACTIVA MUTUA 2008, cuya finalidad es la prestación y ofrecimiento de nuestros servicios asistenciales. Así mismo, consiente expresamente a la cesión de dichos datos a los centros concertados que constan en la guía médica de ACTIVA MUTUA, para la prestación de la asistencia sanitaria solicitada. De igual modo, le informamos que los datos generados por los citados centros concertados durante la prestación de asistencia sanitaria podrán ser comunicados a ACTIVA MUTUA con la finalidad de gestionar la facturación de dicha asistencia sanitaria. Por último le informamos de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal a través del envío de un correo electrónico a la dirección: lopd@activamutua.es o de un escrito a la dirección Pg. Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.