

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	
Domicilio local, nave u oficina		

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**.