

SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA PER A CENTRES DE MÚTUA I CONCERTATS

Nom empresa*		CIF*
Domicili		Localitat
Telèfon	Correu electrònic	

Dades del/de la responsable o representant de l'empresa que empena la sol·licitud

Nom i cognoms*	DNI*	Data*
----------------	------	-------

En cas de tenir concert de prestació de serveis amb Unió de Mútues, MCSS n.º 267, us preguem que presteu assistència sanitària al treballador o a la treballadora d'aquesta empresa

Nom treballador/a*		DNI*	
N.º afiliació Seguretat Social	Lloc de treball*		
Domicili	Localitat	Telèfon	

Descripció del motiu de la sol·licitud d'assistència

Descripció de l'incident*	Data*	Hora*
Treball que es realitzava quan es va produir l'incident*		
Centre assistencial/hospital al que acudeix		
L'incident ha estat contrastat per l'empresa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nom i DNI dels o les testimonis de l'incident (si hi hagués)		
Lloc de l'incident:		
<input type="checkbox"/> 1. En el centre o lloc habitual de treball <input type="checkbox"/> 2. En desplaçament en la seva jornada laboral		
<input type="checkbox"/> 3. En anar o tornar del treball (<i>in itinere</i>) <input type="checkbox"/> 4. En un altre centre o lloc de treball		

Emplenar obligatòriament en cas d'incidents: "2. En desplaçament en la seva jornada laboral" o "3. En anar o tornar del treball (in itinere)"

País*	Província*	Municipi*
Carrer i número*	Via pública o punt quilomètric*	Un altre lloc*

CRITERIS D'ACCIDENT *IN ITINERE*

L'accident fora de temps i lloc de treball no gaudeix de la presumpció de laboralitat que atorga l'article 156.3 de la Llei General de la Seguretat Social (Reial decret legislatiu 8/2015). Per tant, correspon al treballador la càrrega de la prova per a acreditar, i no tan sols referir verbalment, les circumstàncies en les quals s'ha produït el contratemps. A tal fi, es requereix en els casos catalogats com a accident de trànsit *in itinere* uns certs documents amb la finalitat de comprovar que es compleixen els requisits que legitimen aquesta situació (adequació entre jornada laboral, lloc de treball habitual, lloc amb data i hora de l'accident).

Emplenar obligatòriament en cas d'incident: "4. En un altre centre o lloc de treball"

És pluriocupat: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipus d'empresa*: <input type="checkbox"/> Contrata o subcontracta <input type="checkbox"/> Usuària de ETT <input type="checkbox"/> Un altre tipus		
CIF*	CCC	Raó social*
Domicili		Província
Codi postal	Telèfon	N.º de treballadors/es
Activitat econòmica principal de l'empresa		Activitat econòmica principal de l'empresa (CNAE)

Signatura responsable o representant empresa i segell

--

D'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades 2016/679 i Llei orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals, l'informem que el responsable del tractament de les seves dades és Unió de Mútues, MCSS n. 267. La finalitat del tractament de les seves dades serà la de gestionar l'assistència sanitària i prestació econòmica, així com realitzar qualsevol tràmit necessari dins el marc de les atribucions legalment encomanades a aquesta entitat com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. No se cediran dades a tercers per a cap finalitat llevat l'obligació legal com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. Unió de Mútues garanteix el secret professional dels que intervenen en el tractament de les seves dades, així com el respecte a la intimitat personal i familiar dels interessats, entès com un dret fonamental d'aquests. L'informem que vostè té dret a accedir, rectificar, suprimir, limitar o oposar-se al tractament de les seves dades així com a la portabilitat d'aquestes en els termes legalment establerts, mitjançant escrit dirigit a UNIÓ DE MÚTUES, MCSS n. 267 presentant-lo en qualsevol de les seves delegacions. A través del següent enllaç web <https://www.uniondemutuas.es/politicadeprivacitatiprotecciodedadesdecaracterpersonal/> li proporcionem informació addicional sobre el tractament de les seves dades de caràcter personal.

NORMES D'EMPLENAMENT

1. Aquesta sol·licitud d'assistència haurà de ser emplenada omplint de manera obligatòria tots els camps marcats amb un asterisc. (*)
2. Ha de ser remesa al centre sanitari on hagi de ser atesa la persona interessada.
3. La seva presentació és imprescindible perquè pugui prestar-se assistència sanitària.
4. L'emissió d'aquesta sol·licitud d'assistència sanitària no suposa el reconeixement de la contingència professional per part d'aquesta Mútua.
5. Quan l'assistència prestada al treballador o treballadora produeixi baixa laboral, l'empresa haurà d'efectuar el corresponent comunicat d'accident en el termini màxim de cinc dies hàbils des de la baixa.
6. Si no es produeix baixa laboral, l'empresa ha de registrar la informació corresponent en la relació d'accidents sense baixa.