

VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

Se recomienda conservar una copia

Datos de empresa y/o trabajador

Nombre empresa _____ NIF _____

Teléfono _____ E-mail _____

Dirección _____ Población _____

Nombre de la gestoría _____ Teléfono _____

Nombre y apellidos trabajador/autónomo _____ Autónomo

DNI _____ Categoría profesional/profesión _____

Dirección particular _____ Población _____

Teléfono _____ E-mail _____

Información del incidente

Fecha del incidente _____ Hora _____ Horario laboral _____ Accidente de tráfico

Descripción detallada de cómo y donde se ha producido el incidente:

IMPORTANTE (marca la casilla correspondiente):

- El incidente se ha podido observar directamente por parte del responsable de la empresa u otro compañero
- El trabajador refiere haber sufrido un incidente que no ha podido ser constatado por la empresa

Indique el nombre de los testigos y DNI, si los hubiera:

Fecha, firma y sello de la empresa / autónomo

Datos del responsable de la empresa/autónomo que cumplimenta el volante de asistencia:

Firma y sello

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ En calidad de _____

_____ a _____ de _____ de _____

Notas: 1. La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no conlleva el necesario reconocimiento, por parte de la mutua, del incidente como laboral.

2. En caso de que la mutua califique el incidente como accidente de trabajo, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, la empresa deberá:

- a) Si causa baja médica: tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo (en los 5 días siguientes a la fecha de emisión de la baja médica o en las 24 horas siguientes en caso de accidente grave, muy grave, o muerte).
- b) Si no causa baja médica: incluir este proceso en la Relación de Accidentes de Trabajo Sin Baja Médica del mes siguiente al de la asistencia.

La emisión de este documento no exonera a la empresa de la obligación legal de comunicar, a través del sistema Delt @ / CONTA, las notificaciones anteriormente citadas.

3. La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos de los de Egarsat no implica que la mutua necesariamente tenga que asumir el gasto de la asistencia prestada.

En cumplimiento con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo, de 27 de abril de 2016 (en adelante RGPD), le informamos que los datos personales facilitados son incorporados a una base de datos titularidad y responsabilidad de EGARSAT MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Núm.276 cuya finalidad es la gestión de las contingencias profesionales y comunes. Sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para la finalidad del tratamiento y una vez finalizada la misma se mantendrán a disposición de la administración pública, jueces y tribunales durante el plazo previsto de prescripción de las acciones que resulten de aplicación al tratamiento de sus datos. Podrá ejercitar los derechos acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad a través del correo electrónico dpo@egarsat.es . Puede dirigirse a nuestro Delegado de Protección de Datos a través del correo electrónico dpo@egarsat.es . Finalmente, le informamos que le asiste el derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos www.agpd.es . Podrá encontrar más información en nuestra política de privacidad en la web www.egarsat.es