

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

Ejemplar que el lesionado debe entregar cuando el centro asistencial no es propio de Mutua Navarra.

1. EMPRESA

Nombre de la empresa	CIF	Teléfono
Dirección de la empresa	Localidad	Código Postal

Rogamos presten asistencia sanitaria a la siguiente persona trabajadora de esta empresa

2. PERSONA TRABAJADORA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Número Afiliación Seguridad Social	DNI/NIE/TIE
-----------------	------------------	--------	------------------------------------	-------------

3. ASISTENCIA SOLICITADA POR EL SIGUIENTE MOTIVO

☐ El suceso ha sido OBSERVADO directamente por un responsable u otro trabajador/a; o CONSTATADO por la empresa	☐ El suceso ha sido REFERIDO por el/la trabajador/a, NO habiendo podido ser CONSTATADO por la empresa.	Fecha del suceso	Hora
---	---	------------------	------

4. DESCRIPCIÓN DEL SUCESO

Descripción detallada del suceso o motivo por el que se solicita asistencia sanitaria

5. SOLICITANTE

Fecha de la solicitud
Apellidos
Nombre
Cargo en la empresa

6. ¿A QUÉ MUTUA PERTENECE?

☐ 	☐ 	☐ 	☐ 	☐ 	☐ 
--	--	--	--	--	--

7. FIRMA

Firma del solicitante

CLÁUSULA LOPD:

Mutua Navarra como responsable del tratamiento le informa que sus datos serán tratados con la finalidad de facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias y colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el ámbito de la Seguridad Social.
Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Portabilidad, Limitación del tratamiento, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar sus derechos o para obtener información ampliada sobre el tratamiento de sus datos puede revisar el siguiente link: Política de privacidad - Mutua Navarra