

SOLICITUDE DE ASISTENCIA SANITARIA

Exemplar para o lesionado, que debe entregar no centro asistencial

1. EMPRESA

Nome da empresa		CCC	Teléfono
Enderezo	Localidade		Código Postal

Rogamos presten asistencia sanitaria o seguinte traballador desta empresa:

2. TRABALLADOR

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Núm. Afiliación Seguridade Social	DNI/NIE/TIE	Correo electrónico

3. ASISTENCIA SOLICITADA POLO SEGUINTE MOTIVO

<input type="checkbox"/>	Lesión coñecida e provocada no noso centro de traballo	<input type="checkbox"/>	Lesión referida o traballador (pendentes de verificar as súas causas laborais)	Data do suceso	Hora
--------------------------	--	--------------------------	--	----------------	------

4. INCIDENCIA

Breve descrición das tarefas que realizaba no momento de comezar as molestias

5. SOLICITANTE

Data de solicitude	Sinatura do solicitante e selo da empresa
Apelidos	
Nome	
Cargo na empresa	

6. A QUE MUTUA PERTENCE?


 
 
 
 
 

Uso da solicitude

Obxecto

A Solicitude de Asistencia Sanitaria é un mecanismo deseñado para facilitar a comunicación entre as empresas mutualistas e **suma intermutual** para simplificar os trámites ante a necesidade de atención por parte dos traballadores das devanditas empresas.

É unha comunicación desde a empresa que informa que o traballador acode a **suma intermutual** co coñecemento da empresa.

En ningún caso é o recoñecemento da existencia dun accidente de traballo ou dunha enfermidade profesional; tales recoñecementos realízanse exclusivamente mediante as correspondentes declaracións de accidente de traballo ou de enfermidade profesional.

Modo de uso

- A solicitude de asistencia precisase soamente a primeira vez que un traballador acode a **suma intermutual** como consecuencia do inicio dun proceso de asistencia sanitaria. É dicir, para as revisións do proceso non é necesario cubri-la, pero si cada vez que se produza unha nova necesidade de asistencia sanitaria.
- Perante a necesidade de asistencia sanitaria, unha persoa (que a empresa designe) cubre a Solicitude de Asistencia Sanitaria. No citado parte escribe os seguintes datos:

- Nome da empresa.
 - Nome e apelidos do traballador.
 - Motivo da solicitude de asistencia.
 - Data e hora do suceso.
 - Tarefas que realizaba o traballador no momento de xurdir a necesidade de asistencia. Esta descrición axudará en gran medida o equipo médico á hora de determinar o diagnóstico rapidamente e con precisión.
 - Data da solicitude e selo da empresa.
 - Nome e apelidos do solicitante, cargo na empresa e a súa sinatura.
- O traballador acode aos locais de asistencia sanitaria de **suma intermutual**. Na recepción solicitanlle o documento de solicitude de asistencia.
 - Se o traballador non levase este documento ao chegar o centro asistencial, requiriráselle que a súa empresa o cubra.
 - Se a asistencia é de urxencia, prestarase asistencia sanitaria, pero non se continuará co proceso administrativo (emisión da baixa laboral) ata que a empresa non faga chegar a solicitude de asistencia a **suma intermutual**.
 - Se a asistencia non é urxente, o traballador é remitido á empresa, a fin de que cubra a solicitude de asistencia, de modo que o traballador acuda co documento cuberto.

Información sobre protección de datos persoais

- Responsable:** **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es
 - Finalidade e lexitimación:** Facilitar a xestión administrativa, asistencial e económica das prestacións que lle son propias e colaborar na xestión das contingencias de accidentes de traballo e enfermidades profesionais no ámbito da Seguridade Social. Este tratamento realízase con obxecto de cumprir as obrigas aplicables a **umivale** como Mutua Colaboradora coa Seguridade Social.
 - Destinatarios:** Seguridade Social e organismos dependentes da Seguridade Social. Servizos Públicos de Saúde. Xulgados e tribunais. Terceiros provedores de servizos que teñen acceso aos datos persoais.
 - Dereitos:** Poderá acceder, rectificar, suprimir, o poñerse a determinados tratamentos, así como exercer o seu dereito á limitación do tratamento, á portabilidade e a non ser obxecto dunha decisión baseada unicamente no tratamento automatizado dos seus datos. Por escrito, mediante unha solicitude dirixida a **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en calquera dos nosos centros, enviando un correo electrónico ao seguinte enderezo: dpd@umivale.es
- Información adicional:** Pode consultar a información adicional e detallada sobre a Protección de Datos no seguinte ligazón: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>