

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

Ejemplar para el/la lesionado/a, que debe entregar en el centro asistencial

1. EMPRESA

Nombre de la empresa		C.C.C.	Teléfono
Dirección		Localidad	Código Postal

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

2. PERSONA TRABAJADORA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Núm. Afiliación Seguridad Social	DNI/NIE/TIE	Correo electrónico		Teléfono	

3. ASISTENCIA SOLICITADA POR EL SIGUIENTE MOTIVO

<input type="checkbox"/> Lesión conocida y provocada en nuestro centro de trabajo	<input type="checkbox"/> Lesión referida por la persona trabajadora (pendiente de verificar en sus causas laborales)	Fecha del suceso	Hora
---	--	------------------	------

4. INCIDENCIA

Breve descripción de las tareas que realizaba en el momento de comenzar las molestias

5. SOLICITANTE

Fecha de solicitud	Firma solicitante y sello de la empresa
Apellidos	
Nombre	
Cargo en la empresa	

6. ¿A QUÉ MUTUA PERTENECE?

Mutua Montañesa
 MAZ
 umivale Activa | suma
 Mutua navarra
 MUTUA BALEAR
 egarsat

Uso de la Solicitud

Objeto

La Solicitud de Asistencia Sanitaria es un mecanismo diseñado para facilitar la comunicación entre las empresas mutualistas y **suma intermutual** para simplificar los trámites ante la necesidad de atención por parte de las personas trabajadoras de dichas empresas.

Es una comunicación desde la empresa informando que el/la trabajador/a acude a **suma intermutual** con el conocimiento de la empresa.

En ningún caso es el reconocimiento de la existencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional; dichos reconocimientos se realizan exclusivamente mediante las correspondientes declaraciones de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

Modo de uso

- La solicitud de asistencia se precisa solamente la primera vez que un/a trabajador/a acude a **suma intermutual** como consecuencia del inicio de un proceso de asistencia sanitaria. Esto es, para las revisiones del proceso no es necesario cumplimentarla. Pero sí cada vez que se produzca una nueva necesidad de asistencia sanitaria.
- Ante la necesidad de una asistencia sanitaria, una persona (que la empresa designe) cumplimenta la Solicitud de Asistencia Sanitaria. En el citado parte escribe los siguientes datos:

Recuerde mascarilla quirúrgica o FFP2 obligatoria

a. Nombre de la empresa.

b. Nombre y apellidos de la persona trabajadora.

c. Motivo de la solicitud de la asistencia.

d. Fecha y hora del suceso.

e. Tareas que realizaba la persona en el momento de surgir la necesidad de la asistencia. Esta descripción ayudará en gran medida al equipo médico a la hora de determinar el diagnóstico rápidamente y con precisión.

f. Fecha de la solicitud y sello de la empresa.

g. Nombre y apellidos del solicitante, cargo en la empresa y su firma.

3. El/la trabajador/a se persona en los locales de asistencia sanitaria de **suma intermutual**. En la recepción le solicitan el documento de solicitud de asistencia.

4. Si la persona trabajadora no portase este documento a la llegada al centro asistencial, se le requerirá que su empresa lo rellene.

a. Si la asistencia es de urgencia, se prestará asistencia sanitaria, pero no se continuará con el proceso administrativo (emisión de la baja laboral) hasta que la empresa no haga llegar la solicitud de asistencia a **suma intermutual**.

b. Si la asistencia no es urgente, el/la trabajador/a es remitido a la empresa, a fin de que cumplimente la solicitud de asistencia, de modo que la persona acuda con el documento cumplimentado.

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dgd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** 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. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza sobre la base de dar cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes de la Seguridad Social. Servicios Públicos de Salud. Juzgados y Tribunales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Centros asistenciales que colaboran en la gestión del proceso. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un **correo electrónico** a la siguiente dirección: dgd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>