



# TALÓN SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

**mutua gallega**

Empresa		Teléfono	C.C.C. Empresa
Trabajador			
Nº de Afiliación a la S.S.	D.N.I.	Profesión	
Fecha accidente	Hora accidente	Lugar accidente	
Descripción del accidente (circunstancias del accidente o lesión)			

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ LA EMPRESA  
(Fecha solicitud asistencia)

Fdo. : \_\_\_\_\_  
(Nombre, Apellidos, Firma y Sello)

## ESTE DOCUMENTO NO EQUIVALE NI SUSTITUYE AL PARTE DE ACCIDENTE APROBADO POR O.M. DE 16/12/87

La presentación de este documento no supone la aceptación del accidente como laboral ni tampoco implica que Mutua Gallega asuma el coste de la asistencia sanitaria prestada en Servicios Médicos distintos de los de esta Entidad.

Los datos personales incluidos en este documento, y aquellos otros que se faciliten posteriormente, serán incorporados a los ficheros de MUTUA GALLEGA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 201 para la asistencia sanitaria necesaria al trabajador afectado, la elaboración de su historia clínica laboral y la gestión general de las prestaciones y las demás competencias legalmente atribuidas a dicha entidad como colaboradora de la Seguridad Social. Asimismo, los datos relativos a la asistencia recibida podrán ser comunicados a las compañías aseguradoras u otras entidades pagadoras cuando los gastos de su asistencia deban ser satisfechos por los mismos. El interesado puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo su solicitud a [lop@dmutuaagallega.com](mailto:lop@dmutuaagallega.com). La empresa manifiesta que ha informado al trabajador afecto de los extremos señalados.