



TALÓN SOLICITUDE DE ASISTENCIA MÉDICA

mutua gallega

Empresa		Teléfono	CCC Empresa
Traballador			
Nº de Afiliación á SS	DNI	Profesión	
Data accidente	Hora accidente	Lugar accidente	
Descrición do accidente (circunstancias do accidente ou lesión)			

_____ de _____ de _____
(Data solicitude asistencia)

A EMPRESA

Asdo. : _____
(Nome, Apelidos, Sinatura e Selo)

ESTE DOCUMENTO NON EQUIVALE NIN SUBSTITÚE O PARTE DE ACCIDENTE APROBADO POR O.M. DO 16/12/87

A presentación deste documento non supón a aceptación do accidente como laboral nin tampouco implica que Mutua Gallega asuma o custo da asistencia sanitaria prestada en Servizos Médicos distintos dos desta Entidade.

Os datos persoais incluídos neste documento, e aqueles outros que se faciliten posteriormente, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA, MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL Nº 201 para a asistencia sanitaria necesaria ao traballador afectado, a elaboración da súa historia clínica laboral e a xestión xeral das prestacións e as demais competencias legalmente atribuídas á devandita entidade como colaboradora da Seguridade Social. Así mesmo, os datos relativos á asistencia recibida poderán ser comunicados ás compañías aseguradoras ou outras entidades pagadoras cando os gastos da súa asistencia deban ser satisfeitos por estes. O interesado pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo a súa solicitude a lopd@mutuagallega.com. A empresa manifesta que informou o traballador afecto dos extremos sinalados.

