

LAGUNTZA MEDIKUA EMATEKO ESKAERA / SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

Lantokiaren datuak (enpresako arduradunak edo ordezkariak bete behar ditu) / Datos del centro de Trabajo (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Enpresa / Empresa: _____ IFZ / NIF: _____

Lantokia / Centro de Trabajo: _____ KKK / CCC: _____

Teléfono/Telefonoa: _____

Langilearen datuak (enpresako arduradunak edo ordezkariak bete behar ditu) / Datos del Trabajador (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Izen-abizenak / Nombre y Apellidos: _____

NAN zk. / DNI: _____ Lanpostua / Puesto de Trabajo: _____

Teléfono/Telefonoa: _____ Horario Habitual / Ohiko Ordutegia: _____

JARRI "X" DAGOKION LEKUAN / MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA:

- Enpresako arduradunak edo beste lankide batek bere begiekin ikusi du gertatutakoa./
El suceso ha sido observado directamente por el responsable de la empresa u otro compañero
- Langilearen esanetan, ISTRIPUA izan du eta enpresak ezin izan du egiaztatu.
El trabajador refiere haber sufrido un SUCESO que no ha podido ser contrastado por la empresa.

ISTRIPUAren deskribapena (enpresako arduradunak edo ordezkariak bete behar du) / Descripción del SUCESO (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

ISTRIPUA gertatu zen data / Fecha SUCESO: _____ ISTRIPUA gertatu zen ordua / Hora SUCESO: _____

Toki zehatza / Lugar exacto: _____

Istripua nola gertatu zen – **Deskribapen zehatza** / Forma en que se produjo el Suceso – **Descripción detallada:**

Lekukoak baldin badaude, adierazi haien izena eta NAN zenbakia / Indique el nombre de los testigos y DNI, si los hubiera: _____

Txartela bete duen enpresako arduradunaren edo ordezkariaren datuak / Datos del responsable o representante de la Empresa que cumplimenta el volante

Nombre y Apellidos / Izen-abizenak: _____

NAN zk. / DNI: _____

Sinadura eta zigilua / Firma y sello: _____

Data / Fecha: _____

Osasun-laguntza emateko eskaera hau egiteak ez du esan nahi mutualitate honek kontingentzia profesional bat gertatu dela aitortuko duenik. Dokumentu honen kopia bat gordetzea gomendatzen diogu enpresari. / La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone el reconocimiento de la contingencia profesional por parte de esta mutua. Se recomienda que la empresa guarde copia de este documento.