



Registro de entrada a MC MUTUAL

SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

Datos del centro de Trabajo (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Empresa: _____ NIF: _____

Centro de Trabajo: _____ CCC: _____

Teléfono: _____

Datos del Trabajador (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Puesto de Trabajo _____

Teléfono: _____

MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA:

El suceso ha sido observado directamente por el responsable de la empresa u otro compañero.

El trabajador refiere haber sufrido un SUCESO que no ha podido ser contrastado por la empresa.

Descripción del SUCESO (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Fecha SUCESO: _____ Hora SUCESO: _____

Lugar exacto: _____

Forma en que se produjo el Suceso – Descripción detallada:

Indique el nombre de los testigos y DNI, si los hubiera: _____

Datos del responsable o representante de la Empresa que cumplimenta el volante

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Firma y sello:

Fecha:

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.