

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº15

Empresa	Núm. inscripción S. Social
Domicilio	Municipio

Rogamos preste Asistencia Sanitaria al Trabajador de esta Empresa

Nombre y Apellidos del trabajador accidentado	DNI
Domicilio del trabajador	Localidad

que ha sufrido un ACCIDENTE DE TRABAJO a las

Hora	HORAS DEL DIA	Fecha del accidente	CUANDO REALIZABA LAS TAREAS
Tareas que realizaba en el Centro de trabajo al sufrir el accidente y naturaleza de las lesiones			

A efectos del REGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO esta Empresa está incluida en umivale Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº15

LUGAR Y FECHA

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTES

(FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)

ENTIDAD SANITARIA O MEDIA A QUIEN SE CURSA EL PARTE

Facultativo (Para su curso a umivale)

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº15

Empresa	Núm. inscripción S. Social
Domicilio	Municipio

Rogamos preste Asistencia Sanitaria al Trabajador de esta Empresa

Nombre y Apellidos del trabajador accidentado	DNI
Domicilio del trabajador	Localidad

que ha sufrido un ACCIDENTE DE TRABAJO a las

Hora	HORAS DEL DIA	Fecha del accidente	CUANDO REALIZABA LAS TAREAS
Tareas que realizaba en el Centro de trabajo al sufrir el accidente y naturaleza de las lesiones			

Ejemplar para la Empresa

A efectos del REGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO esta Empresa está incluida en umivale Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº15

LUGAR Y FECHA

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTES	(FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)
ENTIDAD SANITARIA O MEDIA A QUIEN SE CURSA EL PARTE	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de datos de carácter personal y legislación que la desarrolla, le informamos que los datos facilitados por Usted quedarán incorporados a un fichero dado de alta en la AGPD del que es responsable **umivale**, cuya finalidad es facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias. Usted podrá en todo momento, ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante solicitud dirigida a **umivale**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia).

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº15

Ejemplar para el Facultativo

Empresa	Núm. inscripción S. Social
Domicilio	Municipio

Rogamos preste Asistencia Sanitaria al Trabajador de esta Empresa

Nombre y Apellidos del trabajador accidentado	DNI
Domicilio del trabajador	Localidad

que ha sufrido un ACCIDENTE DE TRABAJO a las

Hora	HORAS DEL DIA	Fecha del accidente	CUANDO REALIZABA LAS TAREAS
Tareas que realizaba en el Centro de trabajo al sufrir el accidente y naturaleza de las lesiones			

A efectos del REGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO esta Empresa está incluida en umivale Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº15

LUGAR Y FECHA

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTES	(FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)
ENTIDAD SANITARIA O MEDIA A QUIEN SE CURSA EL PARTE	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de datos de carácter personal y legislación que la desarrolla, le informamos que los datos facilitados por Usted quedarán incorporados a un fichero dado de alta en la AGPD del que es responsable **umivale**, cuya finalidad es facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias. Usted podrá en todo momento, ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante solicitud dirigida a **umivale**, Avda. Real Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia).