

## Solicitud del Servicio de Asistencia

Fecha:

La Empresa:

C.C.C.:

Dirección:

Población:

Fecha del accidente:

C. Postal:

- Accidente Laboral  
 Accidente in itinere  
 Otros

Solicita la asistencia del trabajador aquí referenciado a Mutua Intercomarcal

Trabajador:

DNI:

Forma en que se produjo el accidente

Por la Empresa (firma y sello)

Ejemplar para el Centro Sanitario

(ASCP F15)

[mutua@mutua-intercomarcal.com](mailto:mutua@mutua-intercomarcal.com)

[www.mutua-intercomarcal.com](http://www.mutua-intercomarcal.com)

Urgencias **900 110 112**

Información **902 333 322**



## Solicitud del Servicio de Asistencia

Fecha:

La Empresa:

C.C.C.:

Dirección:

Población:

Fecha del accidente:

C. Postal:

- Accidente Laboral  
 Accidente in itinere  
 Otros

Solicita la asistencia del trabajador aquí referenciado a Mutua Intercomarcal

Trabajador:

DNI:

Forma en que se produjo el accidente

Por la Empresa (firma y sello)

Ejemplar para la Mutua

(ASCP F15)

[mutua@mutua-intercomarcal.com](mailto:mutua@mutua-intercomarcal.com)

[www.mutua-intercomarcal.com](http://www.mutua-intercomarcal.com)

Urgencias **900 110 112**

Información **902 333 322**