

Los campos marcados con " * " son de cumplimentación obligatoria

TIPO Accidente Recaída *

1.- TRABAJADOR



Apellido 1º	<input type="text"/>	*
Apellido 2º	<input type="text"/>	
Nombre	<input type="text"/>	*
Sexo	<input type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer *	
Núm. Afiliación Seguridad Social (NAF)	<input type="text"/>	*
Fecha ingreso en la empresa (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)	*
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)	*
Nacionalidad	724 ESPAÑA	*
IPF (Identificador de Persona Física)	Numero de Identificación Fiscal (NIF) <input type="text"/>	*
Texto Ocupación	<input type="text"/>	*
Código de Ocupación (CNO-94)	<input type="text"/>	*
Antigüedad puesto trabajo	En meses: <input type="text"/> En días (en caso de ser inferior a un mes): <input type="text"/>	*
Tipo de Contrato	Elija Opción <input type="text"/>	*
Situación Profesional	Asalariado sector privado <input type="text"/>	*
Régimen de la Seguridad Social	Elija Opción <input type="text"/>	*
Texto Convenio Aplicable	<input type="text"/>	
Epígrafe de AT y EP	<input type="text"/>	*
Domicilio	<input type="text"/>	*
Teléfono	<input type="text"/>	*
Provincia	<input type="text"/>	*
Municipio	<input type="text"/>	*
Código Postal	<input type="text"/>	*


2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTA DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL



Alguno de los campos de este formulario pueden estar ya cumplimentados.
Puede cambiar su contenido, si los datos son erróneos o han cambiado.

Código Cuenta Cotización a la Seguridad Social en la que está el trabajador accidentado	<input type="text"/>	*	[BUSCAR EMPRESA]
CIF o NIF/NIE	<input type="text"/>	*	
Nombre o Razón Social	<input type="text"/>	*	
Texto Actividad económica principal	<input type="text"/>		


correspondiente a esta Cuenta de Cotización *

Código de Actividad económica principal * 

Plantilla actual de la empresa correspondiente a esta Cuenta de Cotización *

Domicilio que corresponde a esta Cuenta de Cotización *

Provincia * 

Municipio * 

Código Postal *

Teléfono *

Marque si actuaba, en el momento del accidente, como contrata o subcontrata

Marque si es una empresa de Trabajo Temporal

¿Cuál ó cuáles son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa?

<input type="checkbox"/> Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa	<input type="checkbox"/> Servicio de prevención propio
<input type="checkbox"/> Servicio de prevención ajeno	<input type="checkbox"/> Trabajador(es) designado(s)
<input type="checkbox"/> Servicio de prevención mancomunado	<input type="checkbox"/> Ninguna

3.- LUGAR Y CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE



LUGAR


Lugar del accidente *

- En el centro o lugar de trabajo habitual
- En desplazamiento en su jornada laboral (1)
- Al ir o al volver del trabajo ("in itinere") (1)
- En otro centro o lugar de trabajo

(1) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual.

Además, marque si ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta.

País / Territorio 

Provincia 

Municipio 

Calle y Número

Vía pública o punto kilométrico

Otro lugar

Los campos provincia y municipio se refieren a territorio español, por lo que no hay que cumplimentarlos cuando el accidente ha ocurrido fuera de España.

CENTRO DE TRABAJO

(En Aquellos trabajos que no tengan una ubicación fija - transporte, mantenimiento, vigilancia o trabajos con desplazamiento - se considera centro de trabajo aquel desde el que se imparten instrucciones o se organiza el trabajo)

Marque si el centro pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (Empresa apartado 2) *


Marque si los datos del Centro de Trabajo coinciden con los que figuran en el apartado 2

Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar su relación con la Empresa del apartado 2)

Contrata o subcontrata —> Cumplimentar CIF o NIF / NIE
 Usuaria de ETT —> Cumplimentar CIF o NIF / NIE
 Otra —> Cumplimentar CIF o NIF / NIE


DATOS DEL CENTRO


(A cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el Apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho Apartado 2)

Cuenta Cotización a la Seguridad Social del Centro de Trabajo  [BUSCAR CENTRO]

Nombre o Razón Social *

Domicilio *

Provincia * 


Municipio * 

Código Postal *

Teléfono *

Plantilla Centro de Trabajo *

Texto de Actividad económica principal del Centro de Trabajo *

Código de Actividad económica principal del Centro de Trabajo  *

4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente / / (dd/mm/aaaa) *

Fecha de Baja Médica / / (dd/mm/aaaa) *

Día de la semana del Accidente

Hora del día del accidente (1 a 24) Elija Opción *

Hora de trabajo (1ª, 2ª, etc) Elija Opción *

Era su trabajo habitual Sí No *

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente.

Descripción del accidente**Ampliación de la Descripción**

(según normas de la OIT y EUROSTAT)

¿En qué tipo de lugar se encontraba la persona accidentada *

cuando se produjo el accidente? Tipo de lugar *

¿Qué tipo de trabajo estaba realizando la persona accidentada o en qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? *
 Tipo de trabajo *

¿Qué estaba haciendo concretamente la persona accidentada cuando se produjo el accidente? *
 Actividad Física *

Agente material asociado a la Actividad Física

* 

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual de trabajo, desencadenó el accidente? *
 Desviación *

Agente material asociado a la Desviación

* 

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada? *

Forma (contacto-modalidad de la lesión)

*

Texto del Aparato o Agente Material causante:

*

Código del Aparato o Agente Material causante:

* 

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador.

Marque si hubo testigos En caso afirmativo, índíquese nombre/s, domicilio/s y teléfonos.

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión *

Grado de la lesión LEVE
 GRAVE
 MUY GRAVE

FALLECIMIENTO

Parte del cuerpo lesionada

Elija Opción

Elija Opción *

Médico que efectúa la asistencia inmediata

Nombre:

Domicilio :

Teléfono :

Tipo de asistencia sanitaria

Hospitalaria Ambulatoria *

Marque si ha sido hospitalizado

Nombre del Establecimiento donde ha sido hospitalizado

6.- ECONÓMICOS



A) Base de cotización mensual

- En el mes anterior (1) *

- Días cotizados (2) *

- Base reguladora A (3)

B) Base de cotización al año (4)

B.1.- por horas extras *

B.2.- por otros conceptos *

Total B1 + B2

Promedio diario base B (5) *

C) Subsidio

Promedio diario

- Base reguladora A

- Base reguladora B

Total B.R. diaria (6)

Cuantía del subsidio 75% (7)

7.- ACTORES IMPLICADOS. FIRMAS Y SELLOS

Empresa

D. santiago maria toda eraso, en calidad de *

de la empresa, expide el presente parte en * a : 19/12/2003

Entidad Gestora o Colaboradora

Elija Opción *

Núm. Expediente Entidad Gestora o Colaboradora

Autoridad Laboral