

Empresa:	Código Cuenta Cotización Empresa:
Domicilio:	

**ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA**

Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	D.N.I.
Domicilio del trabajador:	Nº afiliación S. S.:

**QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A**

Hora:	Horas del día	Fecha del accidente:
Descripción del accidente		

**NOTA**

Este documento no equivale ni sustituye al parte de accidente aprobado por Orden Ministerial de 16/12/87 (B.O.E. de 29/12).

En el supuesto de que FREMAP emita la baja médica por accidente de trabajo, la empresa debe tramitar el parte oficial, en el plazo de cinco días hábiles y a través de Delt@. Si se emite un certificado médico sin baja derivado de accidente de trabajo, deberá incluir sus datos en la relación de accidentes de trabajo sin baja médica, que se tramitará a través de Delt@ en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente

La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos de los de FREMAP no implica que la Mutua asuma el coste de la asistencia prestada.

Firma y sello de la Empresa