

Empresa:	Código Conta Cotización Empresa:
Domicilio:	

**PREGAMOS QUE PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AO TRABALLADOR DESTA EMPRESA**

Nome e apelidos do traballador accidentado:	DNI
Domicilio do traballador:	Nº afiliación S. S.:

**QUE SUFRIU UN ACCIDENTE DE TRABALLO ÁS**

Hora:	Horas do día	Data do accidente:
Descrición do accidente		

**NOTA**

Este documento non equivale nin substitúe o parte de accidente aprobado por Orde ministerial do 16/12/87 (BOE de 29/12).

No suposto de que FREMAP emita a baixa médica por accidente de traballo, a empresa debe tramitar o parte oficial, no prazo de cinco días hábiles e a través de Delt@. Se se emite un certificado médico sen baixa derivado de accidente de traballo, deberá incluír os seus datos na relación de accidentes de traballo sen baixa médica, que se tramitará a través de Delt@ nos cinco primeiros días hábiles do mes seguinte.

A presentación deste documento en servizos médicos diferentes dos da FREMAP non implica que a Mutua asuma o custo da asistencia prestada.

Sinatura e selo da empresa