

Empresa:	Codi Compte Cotització Empresa:
Adreça:	

PREGUEM QUE OFERIU ASSISTÈNCIA SANITÀRIA AL TREBALLADOR D'AQUESTA EMPRESA

Nom i cognoms del treballador accidentat:	DNI
Domicili del treballador:	Núm. afiliació SS:

QUE HA PATIT UN ACCIDENT DE TREBALL A LES

Hora:	Hores del dia	Data de l'accident:
Descripció de l'accident		

**NOTA**

Aquest document no equival ni substitueix el comunicat d'accident aprovat per l'Ordre ministerial de 16/12/87 (BOE de 29/12).

En cas que FREMAP emeta la baixa mèdica per accident de treball, l'empresa ha de tramitar el comunicat d'accident oficial, en el termini de cinc dies hàbils i a través de Delt@. Si s'emet un certificat mèdic sense baixa derivat d'accident de treball, haurà d'incloure les seues dades en la relació d'accidents de treball sense baixa mèdica, que es tramitarà a través de Delt@ durant els cinc primers dies hàbils del mes següent.

La presentació d'aquest document en serveis mèdics diferents dels de FREMAP no implica que la mútua assumeixi el cost de l'assistència prestada.

Signatura i segell de l'empresa