



**C.A. ALMERIA**

Av. Cabo de Gata, 25, Ed. Vista Bahía  
04007 Almería  
Tel.: 950621191

LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.  
Almería (FRAY BERNARDO MARTIN)

CL FRAY BERNARDO MARTIN 20  
04006 ALMERÍA  
ALMERÍA

C.C.C.: 04-01018719-38-0111-0  
Sector: GD

Fecha: 16-09-2016

Ref.: PRESTACIONES

**SOLICITUD PARTE ACCIDENTE**

Fecha incidente: 12-09-2016

Trabajador: FERNANDEZ FORTES, ISABEL MARIA

Fecha de baja laboral: 15-09-2016

Pronóstico: Leve

Forma Contacto: 71

Parte Lesionada: 31

Descripción: 019

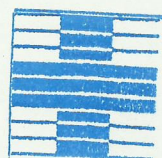
Estimado Mutualista:

Ponemos en su conocimiento que el Trabajador de referencia ha sido atendido por nuestros Servicios Médicos de las lesiones que presentaba y que refiere ser motivadas por Accidente de Trabajo. La información sobre el incidente que se detalla ha sido proporcionada por el trabajador a nuestro servicio de Admisión.

En caso de que así, también lo estimen Vds. y para la tramitación del expediente ante la Autoridad Laboral, les rogamos que a la mayor brevedad posible, se sirvan remitirnos el preceptivo Parte de Accidente, debidamente cumplimentado en todos sus apartados.

Les recordamos que la Orden TAS/2926/2002 de 19 de noviembre determina la sustitución de los modelos oficiales de los Partes de Accidentes, las Relaciones de los accidentes Sin Baja médica y la Relación de las Altas o fallecimientos, por lo que el Parte de Accidente que le requerimos debe adecuarse al nuevo formato establecido al efecto. Dicho Parte lo deberán presentar mediante el oportuno sistema de Declaración Electrónica.

Aprovechamos la ocasión para informales que la Orden Ministerial de 16-12-1987 exige que el parte sea transmitido EN EL PLAZO MÁXIMO DE CINCO DÍAS HÁBILES, contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica. Si por causas no justificables es demorado o incumplido este requisito legal, la empresa puede incurrir en el riesgo de que por parte del organismo competente le sean impuestas las sanciones económicas previstas para estos casos en Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.



**ASEPEYO**

Mutua de Accidentes de Trabajo  
y Enfermedades Profesionales  
de la Seguridad Social núm. 151  
C. A. Almería

De conformidad con lo establecido en la LOPD, Asepeyo Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151, le informa que sus datos serán incorporados a diversos ficheros con la única finalidad de desarrollar las funciones propias como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Los datos facilitados, únicamente podrán ser comunicados a terceros autorizados, aquellos que colaboren directamente en el cumplimiento de la finalidad antes indicada o bien en los supuestos legalmente previstos. Puede ejercer sus derechos a través de la dirección asepeyo@asepeyo.es, contactando con nuestro servicio de atención al usuario (902 151 002), mediante escrito dirigido a ASEPEYO, c/ Vía Augusta nº 36, 08006 - Barcelona y/o personándose en uno de nuestros centros asistenciales.



# PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC) ☐ Accidente no Laboral (ANL) ☐  
 { Accidente de Trabajo (AT) ☒ Enfermedad Profesional (EP) ☐  
 Periodo de observación por enfermedad profesional ☐



## DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN: ACTIVO ☐ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido FERNANDEZ		Segundo apellido FORTES		Nombre ISABEL MARIA		DNI-NIE-Pasaporte 34850184 D	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 040034945978	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle OLAS MERCEDES			Número 26	Bloque	Escalera 2
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04008	Teléfono móvil 636661276		Teléfono fijo 636661276	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo			Código nacional de ocupación (CNO)		

## CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP 1 2 0 9 2 0 1 6 Leve (1) ☒ Grave (1) ☐ Muy grave (1) ☐

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO Muy corto ☐ Medio ☐ DURACIÓN ESTIMADA Fecha de la siguiente revisión médica  
 Corto ☒ Largo ☐ días 1 6 0 9 2 0 1 6

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 1 5 0 9 2 0 1 6

Recaída: SI ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha de Alta (2)

(2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

## DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

José Antonio Rabelo Morales  
Almería, 16-09-2016

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 4 0 4 0 2 8 9 5 5

Nº de identificación del facultativo

## CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

Ejemplar para la EMPRESA