



ASEPEYO

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 MTNEZ. 20
04006 ALMERÍA
ALMERÍA

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

Sector: GD

Fecha: 11-02-2020

Ref.: PRESTACIONES

SOLICITUD PARTE ACCIDENTE

Fecha incidente: 11-02-2020

Trabajador: BRITEL ., MOHAMMED AMINE

Fecha de baja laboral: 12-02-2020

Pronóstico: Leve

Forma Contacto: 71

Parte Lesionada: 51

Descripción: 039

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.

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: Enfermedad Común (EC)
 Accidente de Trabajo (AT)

Accidente no Laboral (ANL)
 Enfermedad Profesional (EP)
 Periodo de observación por enfermedad profesional



DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| Primer apellido BRITEL | | Segundo apellido | Nombre MOHAMMED AMINE | | DNI-NIE-Pasaporte X8379832N | | |
| Nº Tarjeta Sanitaria 041044549886 | Nº de la Seg. Social 041044549886 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle LIBANO | | Número 15 | Bloque | Escalera 1 | Piso 6 |
| Localidad ALMERÍA | | Provincia ALMERÍA | Código postal 04009 | Teléfono móvil 600042200 | | Teléfono fijo 600042200 | |
| Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L. | | Puesto de trabajo Cristaleros | | | Código nacional de ocupación (CNO) 7 2 9 3 | | |

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0

Leve (1)

Grave (1)

Muy grave (1)

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto

Medio

Corto

Largo

DURACIÓN ESTIMADA

días

Fecha de la siguiente revisión médica

1 | 8 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0

PARTE DE BAJA

Fecha de la baja 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0

Recaída: SI NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1

PARTE DE ALTA

Fecha de Alta (2) 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1

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

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR | |
| Rosalí Armas Villa Almería, 11-02-2020 | |
| Firma, fecha y sello | |
| Nº Colegiado <input type="checkbox"/> 0 4 2 1 0 4 9 0 9 7 | |
| Nº de identificación del facultativo <input type="checkbox"/> | |

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad permanente

Inicio de situación de maternidad

Incomparcencia