



ASEPEYO

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: 05-09-2016

Ref.: PRESTACIONES

SOLICITUD PARTE ACCIDENTE

Fecha incidente: 05-09-2016

Trabajador: KANTAL., SALLAM

Fecha de baja laboral: 05-09-2016

Pronóstico: Leve

Forma Contacto: 31

Parte Lesionada: 99

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..

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/Via 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 DESEMPLÉO CONTRIBUTIVO**

Primer apellido KANTAL		Segundo apellido SALLAM	Nombre SALLAM		DNI-NIE-Pasaporte X4781731P			
Nº Tarjeta Sanitaria 041030706875	Nº de la Seg. Social 041030706875	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Carretera ADRA		Número 43	Bloque	Escalera	Piso 1	Puerta E
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04009	Teléfono móvil 603612671		Teléfono fijo 603612671		
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 0 | 5 | 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 <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA		Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	0	6	0 9 2 0 1 6

PARTE DE BAJA

Fecha de la baja 0 | 5 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 6

Recaída: SI NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Aranzazu Moreno de Castro Almería, 05-09-2016	
Firma, fecha y sello	
Nº Colegiado 0 4 2 8 8 8 1 5 8 8	
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

PARTE DE ALTA

Fecha de Alta (2) 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0

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

Ejemplar para la EMPRESA