

Empresa:	Número patronal:
Domicilio:	

ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA

Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	D. N. I.
Domicilio del trabajador:	Nº afiliación S. S.:

QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A LAS

Hora:	Horas del día	Fecha del accidente:
Descripción del accidente		

Firma y sello de la Empresa

NOTA

Este documento no equivale ni sustituye al parte de accidente aprobado por Orden Ministerial de 16/12/87 (B.O.E. de 29/12).

En el supuesto de producirse la baja laboral, la empresa dispone de 5 días hábiles para presentar el parte oficial en las Oficinas de Fremap.

La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos de los de FREMAP no implica que la Mutua asuma el coste de la asistencia prestada.