

CUESTIONARIO SOBRE EL ACCIDENTE LABORAL

PERSONAL PERTENECIENTE AL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y RÉGIMEN ESPECIAL DE MUFACE

APELLIDOS **NOMBRE**
FECHA DE NACIMIENTO **D.N.I.**
Nº AFILIACIÓN S.S/MUFACE **TFN:** **MÓVIL**
DOMICILIO
PROVINCIA **MUNICIPIO** **C.P.**

CENTRO DE TRABAJO:

Dirección del centro (calle, municipio y código postal)

Teléfono Centro **HORARIO DE TRABAJO**

Fecha del Accidente: **Hora del accidente:** **Fecha baja médica:**

LUGAR DEL ACCIDENTE:

Provincia: Municipio: C.P.:

Especificar la calle, vía pública o punto kilométrico en caso de accidente de tráfico :

(caso de existir Parte de Declaración Amistosa o Atestado, mándenos fotocopia del mismo)

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

¿Qué hacía exactamente en el momento del accidente?

¿Ha afectado a más de un trabajador? **Tipo de Lesión sufrida**

¿Hay testigos del accidente? **Nombres:**

Ha tenido asistencia de tipo : **HOSPITALARIA** **AMBULATORIA**

Si tuviera informe hospitalario deberá enviarnos copia del mismo.

FECHA

FIRMA: