

VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO

Tel. 902 333 276

Solicitamos que presten asistencia sanitaria al trabajador/a de esta empresa de la cual se indican los datos:

Empresa _____

Código Cuenta Cotización (CCC) _____ Tel. _____

Calle _____ Población _____

Trabajador/a _____

Calle _____ Población _____

D.N.I. _____ N° afiliación S.S. _____ Tel. _____

Fecha del accidente _____ Hora _____

Forma en que se ha producido el accidente _____

(firma y sello de la empresa) a de de 20.....

La empresa que suscribe este documento queda obligada a la transmisión electrónica del COMUNICADO DE ACCIDENTE en el plazo de los CINCO DÍAS siguientes a la fecha del accidente si causa baja médica.