

Empresa:	Número patronal:
Domicilio:	

### PREGAMOS QUE PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AO TRABALLADOR DESTA EMPRESA

Nome e apelidos do traballador accidentado:	DNI
Domicilio do traballador:	Nº afiliación S.S.:

### QUE SUFRIU UN ACCIDENTE DE TRABALLO ÁS

Hora	Horas do día	Data do accidente:
Descrición do accidente		

Sinatura e selo da empresa

#### NOTA

Este documento non equivale nin substitúe o parte de accidente aprobado por Orde ministerial do 16/12/87 (BOE de 29/12).

No suposto de se producir a baixa laboral, a empresa dispón de 5 días hábiles para presentar o parte oficial nas oficinas da Fremap.

A presentación deste documento en servizos médicos diferentes dos da FREMAP non implica que a Mutua asuma o custo da asistencia prestada.