

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

SELLO DE ENTRADA

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. **Recuerde descargar y guardar el documento para que sus datos queden almacenados en el formulario.** Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.
 Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: tramitacionat@mutuabalear.es

Nº de expediente:

1. DATOS DEL TRABAJADOR									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		NACIONALIDAD		DNI/NIE/PASAPORTE		Nº AFILIACIÓN S.S.	
FECHA DE INGRESO EN LA EMPRESA		OCUPACIÓN CNO. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			ANTIGÜEDAD PUESTO TRABAJO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días		TIPO DE CONTRATO		
SITUACIÓN PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Asalariado sector privado <input type="checkbox"/> Asalariado sector público <input type="checkbox"/> Autónomo sin asalariados <input type="checkbox"/> Autónomo con asalariados									
RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL			CONVENIO APLICABLE			EPIGRAFE DE AT Y EP			
DOMICILIO (CALLE O PLAZA) a efectos fiscales					NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD			PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL			CORREO ELECTRÓNICO				

2. DATOS DE LA EMPRESA									
RAZÓN SOCIAL				CIF O NIF		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN			
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)								CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD			PROVINCIA			PAÍS		TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO									
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		CNAE	PLANTILLA CORRESPONDIENTE		MARQUE CÓMO ACTUABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> Empresa Trabajo Temporal				
MODALIDAD PREVENTIVA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa <input type="checkbox"/> Servicio de prevención propio <input type="checkbox"/> Servicio de prevención ajeno <input type="checkbox"/> Trabajador(es) designado(s) <input type="checkbox"/> Servicio de prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Ninguna									

3. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

LUGAR DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> Centro de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada laboral (*) <input type="checkbox"/> Al ir o volver del trabajo, 'in itinere' (*) <input type="checkbox"/> Otro centro (*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual			
<input type="checkbox"/> Además, marque si ha sido accidente de tráfico			
SI EL ACCIDENTE SE HA PRODUCIDO FUERA DE UN CENTRO DE TRABAJO, INDICAR DÓNDE			
CALLE Y NÚMERO		VÍA PÚBLICA Y PUNTO KILOMÉTRICO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
OTRO LUGAR (ESPECIFICAR)			
CENTRO DE TRABAJO			
<input type="checkbox"/> Centro de trabajo pertenece a la empresa del apartado 2 <input type="checkbox"/> Pertenece a otra empresa			
<input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata CIF O NIF: <input type="checkbox"/> Usuario de ETT CIF O NIF: <input type="checkbox"/> Otra CIF O NIF:			
DATOS DEL CENTRO			
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO
PLANTILLA ACTUAL DEL CENTRO	ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL DEL CENTRO		CNAE

4. DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA ACCIDENTE	FECHA BAJA MÉDICA	DÍA DE LA SEMANA DEL ACCIDENTE	HORA ACCIDENTE (1 a 24)	HORA DE TRABAJO (1ª, 2ª, etc.)	TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente					
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE					
¿EN QUÉ LUGAR SE ENCONTRABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE?			PROCESO DE TRABAJO QUE ESTABA REALIZANDO (Tipo de trabajo)		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD FÍSICA ESPECÍFICA QUE ESTABA REALIZANDO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA:					<input type="checkbox"/>
¿QUÉ HECHO ANORMAL DESENCADENÓ EL ACCIDENTE? (DESVIACIÓN)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Agente material asociado a la DESVIACIÓN:					<input type="checkbox"/>
¿CÓMO SE HA LESIONADO LA PERSONA ACCIDENTADA? (FORMA, CONTACTO-MODALIDAD DE LA LESIÓN)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aparato causante:					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador					
<input type="checkbox"/> Marque si hubo testigos (en caso afirmativo, indique nombre, domicilio y teléfono):					

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196

5. DATOS ASISTENCIALES	
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN: □ □ □	
GRADO DE LA LESIÓN <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Fallecimiento	PARTE DEL CUERPO LESIONADA □ □ □
MÉDICO QUE EFECTUA ASISTENCIA INMEDIATA (nombre, domicilio, teléfono)	
MARQUE EL TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo, indique nombre del establecimiento:	

6. DATOS ECONÓMICOS		
(A) BASE DE COTIZACIÓN MENSUAL	(B) BASE DE COTIZACIÓN AL AÑO	(C) SUBSIDIO (PROMEDIO DIARIO)
<ul style="list-style-type: none"> • En el mes anterior: • Días cotizados: • Base reguladora: 	<ul style="list-style-type: none"> • (B1) Por horas extras: • (B2) Por otros conceptos: • Total B1+B2: • Promedio diario base B: 	<ul style="list-style-type: none"> • Base reguladora A: • Base reguladora B: • Total B.R. diaria: • Cuantía del subsidio 75%:

D/D^a. _____
 en calidad de _____ de la empresa, expide el presente parte en
 _____ a _____ de _____ de 20__

Firma y sello

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de la su solicitud.

Información básica sobre privacidad: El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la tramitación y la gestión de las prestaciones asistenciales y económicas a las que los autónomos o trabajadores mutualistas tengan derecho, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. + info sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas publicada en <https://www.mutuabaleaer.es/portal-privacidad>. Contacto DPD: dpd@mutuabaleaer.es.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DE CARÁCTER GENERAL

Deberá cumplimentarse este Parte en aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del lugar de trabajo, del trabajador accidentado, de al menos un día (salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente).

Se entiende como recaída "la baja médica del trabajador como consecuencia directa de un accidente anterior". En estos casos deberá consignarse como fecha de ocurrencia la del accidente que la originó.

El Parte debe ser cumplimentado por las empresas con trabajadores por cuenta ajena y por los trabajadores por cuenta propia o autónomos que tengan cubierta esta contingencia, salvo las casillas sombreadas y será remitido a la Entidad Gestora o Colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en el plazo máximo de cinco días hábiles desde la fecha en que ocurrió el accidente, o desde la fecha de baja médica. Dicha Entidad o Colaboradora deberá cumplimentar las casillas sombreadas y subsanar, en su caso, los errores advertidos en la cumplimentación del Parte.

En los casos de rúbricas con varias casillas, se marcarán todas las que procedan.

PARA LAS DISTINTAS RÚBRICAS

1. DATOS DEL TRABAJADOR

- (1) Código de Cuenta de Cotización en la que está el trabajador. Consta de doce dígitos:
 - Código de provincia (dos primeros dígitos).
 - Número de 10 dígitos.
- (2) Nacionalidad: Si es distinta de la española, debe especificar en la línea de puntos el país de procedencia. (Tabla de códigos en Anexo I).
- (3) IPF (Identificador de Persona Física): Consignar el código que corresponda de acuerdo con el tipo de documento, y consignar el número de identificación correspondiente. Esta clave y número son los mismos que constan en el Boletín de cotización a la Seguridad Social (TC2). (Tabla de códigos en Anexo I).
- (4) Texto de Ocupación: Descríbase la ocupación o profesión de la manera más detallada y precisa posible: por ejemplo: no es suficiente con poner "operador de máquina", debe poner "operador de máquina para fabricar productos de madera" u "operador de máquina para fabricación de productos textiles", etc. Se codificará a tres dígitos de la CON vigente. (Ver Anexo III).
- (5) Antigüedad en el puesto de trabajo: Se trata de la antigüedad en el puesto de trabajo desempeñado en el momento del accidente y tendrá como límite máximo el tiempo de antigüedad en la empresa. Se consignará en meses y/o días en caso de ser inferior al mes.
- (6) Tipo de contrato: El código de esta rúbrica se corresponde con el que se consigna, para cada trabajador, en la cumplimentación mensual del Boletín de cotización a la Seguridad Social (TC2). La relación de códigos se publica en el "Manual práctico de cotización" que edita cada año la Tesorería General de la Seguridad Social. (Ver Anexo III).
- (7) Régimen de la Seguridad Social: Consignar el código correspondiente. (Tabla de códigos en Anexo I).

2. DATOS DE LA EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

- (8) CIF o NIF: El CIF deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos, de los cuales, el primero de ellos es siempre una letra. Caso de no poseerlo, se consignará el NIF del empresario.
- (9) Código de Cuenta de Cotización en la que está el trabajador. Consta de once dígitos:
 - Código de provincia (dos primeros dígitos).
 - Número de 9 dígitos.

Este apartado no se cumplimentará cuando el trabajador accidentado sea un "autónomo sin asalariados", pero si se cumplimentarán el resto de los campos de este apartado aunque no estarán asociados a una Cuenta de Cotización.

- (10) Texto de Actividad económica principal: Consignase la actividad principal, entendiendo por tal aquella a la que se dedica la mayor parte de los trabajadores incluidos en la Cuenta de Cotización indicada antes. La actividad económica debe describirse de la manera más detallada y precisa posible: por ejemplo: no es suficiente con poner "industria de la madera", deberá poner "aserrado y cepillado de la madera" o "fabricación de piezas de carpintería y ebanistería para la construcción" etc. Se codificará a tres dígitos de la CNAE vigente. (Ver Anexo III).
- (11) Plantilla actual de la empresa: Se consignará la plantilla, incluida en la Cuenta de Cotización citada antes, que tenía la empresa cuando ocurrió el accidente.

3. DATOS DEL LUGAR Y CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

El objetivo de los datos de este apartado es identificar exactamente y con toda precisión la ubicación del centro o lugar en el que se ha producido el accidente, así como identificar la empresa para la que estaba prestando sus servicios el trabajador cuando se produjo el accidente, es decir, el centro perteneciente a la empresa que organizaba el trabajo y desde la que se impartían las instrucciones de trabajo.

- (12) Plantilla actual del centro: Se consignará la plantilla que tenía el centro cuando ocurrió el accidente.
- (13) Texto de Actividad económica principal del centro: Consignese la actividad principal, entendiendo por tal aquella a la que se dedica la mayor parte de los trabajadores del centro. Debe describirse de la manera más detallada y precisa posible, siguiendo las instrucciones indicadas en el apartado de "datos de la empresa". (Ver Anexo III).

4. DATOS DEL ACCIDENTE:

Además del código, los campos deben ser escritos literalmente en las líneas de puntos.

- (14) Hora de trabajo: En los accidentes "in itinere", se cumplimentará a ceros (00) cuando el accidente se produzca al "ir al trabajo", y con 99 cuando se produzca al "volver del trabajo".
- (15) Descripción del accidente: la descripción debe hacerse de forma exhaustiva indicando de manera secuencial: el lugar en que estaba el trabajador accidentado, qué estaba haciendo, cómo se produjo el accidente, agentes materiales asociados a cada una de las fases del accidente y cuáles fueron las consecuencias del mismo.
- (16) (Tipo de lugar: Se trata del lugar de trabajo, del entorno general o del local de trabajo donde se encontraba el trabajador inmediatamente antes de producirse el accidente. Por ejemplo: obra o edificio en construcción, zona agrícola, zona industrial, etc. (ver Tabla - 1 de códigos en Anexo II).
- (17) Tipo de trabajo: Se refiere a la actividad general que realizaba la víctima en el momento de producirse el accidente. Por ejemplo: labores de demolición, labores de tipo agrícola, producción, transformación de productos, etc. (ver Tabla - 2 de códigos en Anexo II).
- (18) Actividad física específica: Se trata de la actividad física concreta que realizaba la víctima inmediatamente antes de producirse el accidente. Por ejemplo: desplazamiento por la obra, recoger fruta, cortar carne con máquina, etc. (ver Tabla - 3 de códigos en Anexo II).
- (19) Agente material de la Actividad física específica: El agente material asociado con la actividad física específica describe el instrumento, el objeto o el agente que estaba utilizando la víctima inmediatamente antes de producirse el accidente. Por ejemplo: suelo o superficie de trabajo, tijeras o herramienta manual de corte, máquina de cortar carne, etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).
- (20) Desviación: Se trata de la descripción del suceso anormal que ha interferido negativamente en el proceso normal de ejecución del trabajo y que ha dado lugar a que se produzca u origine el accidente. Por ejemplo: desprendimiento o caída de hierros, caída de herramienta manual de corte, bloqueo de máquina de cortar, etc. (ver Tabla - 4 de códigos en Anexo II).
- (21) Agente material de la desviación: El agente material asociado a la desviación describe el instrumento, el objeto o el agente ligado al suceso (desviación) que ha interferido en el proceso normal de ejecución del trabajo Por ejemplo: carga suspendida de una grúa, herramienta manual de corte, máquina de cortar carne, etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).
- (22) Forma (contacto - modalidad de la lesión): Es lo que describe el modo en lo que la víctima ha resultado lesionada (la lesión puede ser tanto física como psicológica) por el agente material que ha provocado dicha lesión. Si hubiera varias formas o contactos, se registrará el que produzca la lesión más grave. Por ejemplo: choque con objeto que cae verticalmente, contacto con herramienta manual cortante, amputación de un dedo, etc. (Ver Tabla - 5 de códigos en Anexo II).

(23) Agente material causante de la lesión: El agente material asociado a la forma (contacto-modalidad de la lesión) describe el objeto, instrumento o agente con el cual la víctima se produjo la/s lesión/es. Si varios agentes materiales hubieran producido la/s lesión/es, se registrará el Agente material ligado a la lesión más grave. Por ejemplo: carga suspendida de una grúa, herramienta manual de corte, máquina de cortar, etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).

(24) Testigos del accidente: Consignar todos los datos que permitan ponerse en contacto con los testigos.

5. DATOS ASISTENCIALES

(25) Descripción de la lesión y Parte del cuerpo lesionada: Además de una breve descripción literal, se consignará el código que corresponda (ver Tablas 6 y 7 de códigos en Anexo II).

(26) Grado de la lesión: Las casillas que figuran en esta rúbrica son las mismas que figuran en el Parte Médico de Baja, por tanto se marcará el mismo grado que figura en dicho Parte.

(27) Tipo de asistencia sanitaria: Cuando la asistencia sea prestada en la propia empresa, se consignará como "ambulatoria".

6. DATOS ECONÓMICOS

(28) Debe indicar la fecha que corresponda, según la prestación solicitada:

A) Base de cotización mensual:

- 1. Consígnese el importe de las remuneraciones que integraron la base de cotización del trabajador en el mes anterior al de la baja, con exclusión de las cantidades percibidas por los conceptos que se enumeran en el apartado B.

Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes en que se inicia la situación de incapacidad laboral, las remuneraciones a consignar serían las correspondientes a los días trabajados en la empresa.

- 2. Si el trabajador percibe retribución mensual y ha permanecido en alta todo el mes anterior, se harán constar treinta días; en otro caso, el número de días cotizados.
- 3. Se obtendrá de dividir (1) entre (2).

B) Base de cotización al año:

- 4. Reflejará la suma de las bases de cotización por estos conceptos en los doce meses anteriores al de la baja.
- 5. Dividendo el total de la base reguladora B por 365 días se obtendrá el promedio diario.

C) Subsidio:

- 6. Es el resultado de A+ B.
- 7. Resulta de obtener el 75/o del (6). La cuantía del subsidio no podrá exceder el 75 por 100 del promedio diario del tope máximo de cotización mensual vigente en el momento de producirse la incapacidad temporal.