

## **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, mándenlos 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:**