

# 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.