

Cuestionario de Accidentes de Trabajo

(cumplimentar por la mutua de trabajo)

Fecha de asistencia: _____ Centro asistencial: _____

Datos del trabajador

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ D.N.I.: _____

Domicilio: _____

Población: _____ C. P. _____

Nombre de la Empresa: _____

Fecha y lugar del Accidente: _____

Referencia para facturación: _____

Sello de la mutua:

ENVIAR A:

Dirección postal:

Hospital de Llerena
Dpto. De Cargos
Avda. De Badajoz s/n
06900 Llerena (Badajoz)

Hospital de Zafra
Dpto. De Cargos
Ctra de Badajoz Granada s/n
06300 Zafra (Badajoz)

o al EMAIL: cargos.areadellerena@salud-juntaex.es (para cualquiera de los dos hospitales)

Nota: Se le recuerda que cuando un trabajador sufre un Accidente de Trabajo, la Asistencia Sanitaria debe ser prestada por su Mutua de Accidentes de Trabajo. Si debido a la urgencia se acude a un Centro de Salud o a un Hospital de la Seguridad Social, transcurrida esta urgencia, se debe informar lo antes posible de este Accidente de Trabajo a su Empresa y a su Mutua de Accidente de Trabajo. Esta última es la que **está obligada a seguir prestando la asistencia que el trabajador necesite hasta su total curación y la única que puede emitir los correspondientes Partes de Baja** si son necesarios.