

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> | CON BAJA <input type="checkbox"/> SIN BAJA <input type="checkbox"/> | MUFACE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | RIESGO BIOLÓGICO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SE HA COMUNICADO DE FORMA URGENTE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|---|--|

| | |
|---|--|
| 1. DATOS DEL TRABAJADOR | Consejería Dirección General Servicio Centro Puesto de trabajo Nº RPT Cuerpo/Especialidad Escala/Categoría Funcionario (Fijo <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Laboral (Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>) |
| | Apellido 1º Apellido 2º Nombre Delt@ Nº Afiliación a la Seguridad Social (NAF) ⁽¹⁾ Fecha de ingreso en la empresa Fecha de nacimiento Nacionalidad ⁽²⁾ Identificador Persona Física (DNI) ⁽³⁾ Ocupación del trabajador ⁽⁴⁾ CNO-94 Antigüedad en el puesto de trabajo ⁽⁵⁾ Tipo de contrato ⁽⁶⁾ Situación profesional (Marque con una "X" la que corresponda: <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 ⁽⁷⁾ Convenio aplicable Epígrafe de AT y EP Domicilio Teléfono Provincia Municipio CP |
| 2. EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA S.S. | Nombre o Razón Social CIF o NIF ⁽⁸⁾ Código C. Cotización en la que está el trabajador ⁽⁹⁾ Domicilio que corresponde a esa cuenta de cotización Provincia Teléfono Municipio CNAE-93 Código Postal Plantilla correspondiente a esa C.C. ⁽¹¹⁾ Actividad económica principal correspondiente a esa cuenta de cotización ⁽¹⁰⁾ Marque si actuaba en el momento del accidente como: <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> Empresa de trabajo temporal ¿Cuál o cuáles de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptada por 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 |
| | Lugar del accidente: <input type="checkbox"/> En el centro o lugar de trabajo habitual <input type="checkbox"/> En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> En desplazamiento en su jornada laboral ^(*) <input type="checkbox"/> Al ir o al volver al trabajo en itinere ^(*) <input type="checkbox"/> Además, marque si ha sido accidente de tráfico ^(*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y nº, vía pública y punto kilométrico): País Provincia Municipio Calle y nº Vía pública y p.k. Otro lugar (especificar) Centro de trabajo: <input type="checkbox"/> Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2) <input type="checkbox"/> Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2) <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata -> CIF o NIF <input type="checkbox"/> Usuaría de ETT-> CIF o NIF <input type="checkbox"/> Otra-> CIF o NIF Datos del centro: (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2): Nombre o Razón Social Domicilio Provincia Teléfono Municipio Código Postal Plantilla actual del centro ⁽¹²⁾ Código Cuenta de Cotización CNAE-93 Actividad económica principal del centro ⁽¹³⁾ |
| 3. LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE | Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha Baja médica Día de la semana del accidente Hora del día del accidente Hora de trabajo ⁽¹⁴⁾ Era su trabajo habitual <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 ⁽¹⁵⁾ ¿En qué lugar se encontraba el accidentado cuando se produjo el accidente? (Lugar) ⁽¹⁶⁾ ¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) ⁽¹⁷⁾ ¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad física específica) ⁽¹⁸⁾ Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA ⁽¹⁹⁾ ¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) ⁽²⁰⁾ Agente material asociado a la DESVIACIÓN ⁽²¹⁾ ¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada? (Forma, contacto, modalidad de la lesión) ⁽²²⁾ Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN ⁽²³⁾ <input type="checkbox"/> Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador <input type="checkbox"/> Marque si hubo testigos (en caso afirmativo indicar nombre, domicilio y teléfono) ⁽²⁴⁾ |
| | Descripción de la lesión ⁽²⁵⁾ Grado de la lesión: ⁽²⁶⁾ Leve <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Muy grave <input type="checkbox"/> 3 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 Parte del cuerpo lesionada ⁽²⁵⁾ Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) Marque el tipo de asistencia sanitaria ⁽²⁷⁾ Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar el nombre del establecimiento. |
| 4. ACCIDENTE | Descripción de la lesión ⁽²⁵⁾ Grado de la lesión: ⁽²⁶⁾ Leve <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Muy grave <input type="checkbox"/> 3 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 Parte del cuerpo lesionada ⁽²⁵⁾ Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) Marque el tipo de asistencia sanitaria ⁽²⁷⁾ Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar el nombre del establecimiento. |
| | Descripción de la lesión ⁽²⁵⁾ Grado de la lesión: ⁽²⁶⁾ Leve <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Muy grave <input type="checkbox"/> 3 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 Parte del cuerpo lesionada ⁽²⁵⁾ Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) Marque el tipo de asistencia sanitaria ⁽²⁷⁾ Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar el nombre del establecimiento. |
| 5. ASISTENCIALES | Descripción de la lesión ⁽²⁵⁾ Grado de la lesión: ⁽²⁶⁾ Leve <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Muy grave <input type="checkbox"/> 3 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 Parte del cuerpo lesionada ⁽²⁵⁾ Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) Marque el tipo de asistencia sanitaria ⁽²⁷⁾ Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar el nombre del establecimiento. |
| | Descripción de la lesión ⁽²⁵⁾ Grado de la lesión: ⁽²⁶⁾ Leve <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Muy grave <input type="checkbox"/> 3 Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 Parte del cuerpo lesionada ⁽²⁵⁾ Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) Marque el tipo de asistencia sanitaria ⁽²⁷⁾ Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar el nombre del establecimiento. |
| 6. ECONÓMICOS | A) Base de cotización mensual: • En el mes anterior ⁽¹⁾ • Días cotizados ⁽²⁾ • Base reguladora A ⁽³⁾ B) Base de cotización al año: ⁽⁴⁾ • B1.- por horas extras • B2.- por otros conceptos • Total B1 + B2 • Promedio diario base B ⁽⁵⁾ C) Subsidio: • Base reguladora A • Base reguladora B • Total B.R. diaria ⁽⁶⁾ • Cuantía del subsidio 75% ⁽⁷⁾ |
| | A) Base de cotización mensual: • En el mes anterior ⁽¹⁾ • Días cotizados ⁽²⁾ • Base reguladora A ⁽³⁾ B) Base de cotización al año: ⁽⁴⁾ • B1.- por horas extras • B2.- por otros conceptos • Total B1 + B2 • Promedio diario base B ⁽⁵⁾ C) Subsidio: • Base reguladora A • Base reguladora B • Total B.R. diaria ⁽⁶⁾ • Cuantía del subsidio 75% ⁽⁷⁾ |
| (Sello y fecha) | Los accidentes con baja se enviarán, mediante fax, al representante en el programa Delt@ de su Consejería y al Servicio de Salud y Riesgos Laborales (Fax: 924008106). |
| | Los accidentes con baja de los docentes integrados en MUFACE se remitirán a las Direcciones Provinciales y al Servicio de Salud y Riesgos Laborales. |
| | Los accidentes sin baja sólo se remitirán al Servicio de Salud y Riesgos Laborales. |

El representante de cada Consejería remitirá el justificante de todos aquellos accidentes incluidos en el sistema Delt@ al trabajador, una vez validados por el INSS.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Datos para el Servicio de Salud y Riesgos Laborales

Deben cumplimentarse en su totalidad, especialmente los referentes al puesto, cuerpo/especialidad y escala/categoría.

Datos para el delt@

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.

APARTADO A APARTADO

1. DATOS DEL TRABAJADOR

- (1) **Nº de Afiliación a la Seguridad Social (NAF):** El NAF del trabajador completo figura en el Boletín de cotización a la Seguridad Social modelo TC2. 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:** Describese 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 CNO 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 II).
- (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:** El CIF deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos, de los cuales, el primero de ellos es siempre una letra.
- (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 sí 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:** Consignese 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 descritos 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 o 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 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 de 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 carne 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) Los datos económicos de cumplimentarán en euros con dos decimales, teniendo siempre en cuenta la normativa vigente.

A. Base de cotización mensual.

(1) Consignese 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) Dividiendo 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% del (6). La cuantía del subsidio no podrá exceder del 75 por 100 del promedio diario del tope máximo de cotización mensual vigente en el momento de producirse la incapacidad temporal.