

Declaración del accidente /enfermedad formulada por el trabajador/a

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-pasaporte			
Fecha de nacimiento	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo			

Datos de la empresa

Nombre o razón social						Código cuenta de cotización		
Domicilio habitual: (Calle, plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo		

Datos laborales

Fecha de ingreso en la empresa	<input type="text"/>	Tipo de contrato	
Ocupación	Puesto		
Centro de trabajo donde presta sus servicios (sólo si es distinto al del Código cuenta cotización):			
Para trabajadores/as por cuenta propia (autónomos/as):			
Actividad en la que se encuentra dado de alta:			
Actividad declarada ante la TGSS (Tesorería General Seguridad Social):			
Emplea a trabajadores/as por cuenta ajena SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
El domicilio del establecimiento mercantil/industrial u otros, es distinto al domicilio particular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Domicilio	Código Postal	Localidad	Provincia

Datos del accidente

Fecha de asistencia en el centro médico	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Fecha del accidente/enfermedad	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Descripción del accidente/enfermedad			
.....			
.....			
Horario de trabajo de <input type="text"/> a <input type="text"/> y de <input type="text"/> a <input type="text"/> Trabaja sábados SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trabaja domingos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Tipo de accidente/enfermedad

Para trabajadores/as por cuenta ajena

Centro de trabajo habitual	<input type="checkbox"/>
In itinere	<input type="checkbox"/>
Desplazamiento laboral	<input type="checkbox"/>
Otro centro o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>
No laboral	<input type="checkbox"/>

Para trabajadores/as por cuenta propia (autónomos)

En el establecimiento mercantil o lugar donde desempeña su actividad	<input type="checkbox"/>
In itinere para trabajadores autónomos económicamente dependientes	<input type="checkbox"/>
En el desplazamiento laboral	<input type="checkbox"/>
En el domicilio del cliente contratista que solicitó sus servicios	<input type="checkbox"/>

Accidente de tráfico

Conducía el accidentado/a: SI NO Nombre y apellidos del conductor:

Matrícula del vehículo: Nº de póliza: Compañía de seguros:

Firma del trabajador/a

En a de de

Declaración del accidente /enfermedad formulada por el trabajador/a

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-pasaporte			
Fecha de nacimiento	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo			

Datos de la empresa

Nombre o razón social						Código cuenta de cotización			
Domicilio habitual: (Calle, plaza...)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo			

Datos laborales

Fecha de ingreso en la empresa	<input type="text"/>	Tipo de contrato	<input type="text"/>	
Ocupación	<input type="text"/>	Puesto	<input type="text"/>	
Centro de trabajo donde presta sus servicios (sólo si es distinto al del Código cuenta cotización):				
Para trabajadores/as por cuenta propia (autónomos/as):				
Actividad en la que se encuentra dado/a de alta:				
Actividad declarada ante la TGSS (Tesorería General Seguridad Social):				
Emplea a trabajadores/as por cuenta ajena SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
El domicilio del establecimiento mercantil/industrial u otros, es distinto al domicilio particular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Domicilio	<input type="text"/>	Código Postal	Localidad	Provincia

Datos del accidente

Fecha de asistencia en el centro médico	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Fecha del accidente/enfermedad	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Descripción del accidente/enfermedad			
.....			
.....			
Horario de trabajo de <input type="text"/> a <input type="text"/> y de <input type="text"/> a <input type="text"/> Trabaja sábados SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trabaja domingos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Tipo de accidente/enfermedad

Para trabajadores/as por cuenta ajena

Centro de trabajo habitual	<input type="checkbox"/>
In itinere	<input type="checkbox"/>
Desplazamiento laboral	<input type="checkbox"/>
Otro centro o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>
No laboral	<input type="checkbox"/>

Para trabajadores/as por cuenta propia (autónomos/as)

En el establecimiento mercantil o lugar donde desempeña su actividad	<input type="checkbox"/>
In itinere para trabajadores autónomos económicamente dependientes	<input type="checkbox"/>
En el desplazamiento laboral	<input type="checkbox"/>
En el domicilio del cliente contratista que solicitó sus servicios	<input type="checkbox"/>

Accidente de tráfico

Conducía el accidentado/a: SI NO Nombre y apellidos del conductor/a:

Matrícula del vehículo: Nº de póliza: Compañía de seguros:

Firma del trabajador/a

En a de de

Declaración del accidente /enfermedad formulada por el trabajador/a

Datos del trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-pasaporte			
Fecha de nacimiento	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (Calle, plaza...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo			

Datos de la empresa

Nombre o razón social						Código cuenta de cotización		
Domicilio habitual: (Calle, plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad		Provincia	Código Postal	Teléfono móvil		Teléfono fijo		

Datos laborales

Fecha de ingreso en la empresa	<input type="text"/>	Tipo de contrato	<input type="text"/>	
Ocupación	<input type="text"/>	Puesto	<input type="text"/>	
Centro de trabajo donde presta sus servicios (sólo si es distinto al del Código cuenta cotización):				
Para trabajadores/as por cuenta propia (autónomos/as):				
Actividad en la que se encuentra dado de alta:				
Actividad declarada ante la TGSS (Tesorería General Seguridad Social):				
Emplea a trabajadores/as por cuenta ajena SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
El domicilio del establecimiento mercantil/industrial u otros, es distinto al domicilio particular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Domicilio	<input type="text"/>	Código Postal	Localidad	Provincia

Datos del accidente

Fecha de asistencia en el centro médico	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Fecha del accidente/enfermedad	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Descripción del accidente/enfermedad			
.....			
.....			
Horario de trabajo de <input type="text"/> a <input type="text"/> y de <input type="text"/> a <input type="text"/> Trabaja sábados SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trabaja domingos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Tipo de accidente/enfermedad

Para trabajadores/as por cuenta ajena

Centro de trabajo habitual	<input type="checkbox"/>
In itinere	<input type="checkbox"/>
Desplazamiento laboral	<input type="checkbox"/>
Otro centro o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>
No laboral	<input type="checkbox"/>

Para trabajadores/as por cuenta propia (autónomos)

En el establecimiento mercantil o lugar donde desempeña su actividad	<input type="checkbox"/>
In itinere para trabajadores autónomos económicamente dependientes	<input type="checkbox"/>
En el desplazamiento laboral	<input type="checkbox"/>
En el domicilio del cliente contratista que solicitó sus servicios	<input type="checkbox"/>

Accidente de tráfico

Conducía el accidentado/a: SI NO Nombre y apellidos del conductor/a:

Matrícula del vehículo: Nº de póliza: Compañía de seguros:

Firma del trabajador/a

En a de de

Declaración del accidente /enfermedad formulada por el trabajador/a

Sí No Autorizo a Ibermutua para que comunique a mi empresa la información de la descripción del accidente/enfermedad y los códigos que se refieren a la parte del cuerpo lesionada, el tipo de lesión y forma cómo se produjo, que, en su caso, van a constar en mi parte médico, para la tramitación del parte de accidente/enfermedad y, en su caso, la adopción de las medidas de prevención necesarias.

Importante: En caso de que no consienta la comunicación a su empresa de los datos indicados, es Usted quien debe facilitárselos para la cumplimentación del parte de accidente/enfermedad profesional.

Aviso legal - Nota informativa relativa a la protección de datos de carácter personal:

Responsable del tratamiento: Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA), con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, 28043-Madrid, teléfono de contacto 900.23.33.33 y email de contacto atencionalcliente@ibermutua.es. Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: dpd@ibermutua.es.

Finalidades del tratamiento: Los datos personales que ha facilitado serán tratados para tramitar la declaración que ha efectuado, gestionar la atención sanitaria que, en su caso, precise, -lo que constará en su historia clínica-, y las prestaciones económicas que pudieran derivar de la calificación como contingencia profesional o común de la misma, así como para contactar con usted para evaluar el servicio recibido. Sus datos de contacto serán tratados para remitirle información, avisos y notificaciones en relación con los servicios prestados, pudiendo realizarlo mediante el envío de mensajes de texto, (sms), y correos electrónicos, si para ello facilita su número de teléfono o una dirección de email. Debiendo por ello mantener actualizados sus datos de contacto, (dirección, teléfono, email), facilitados a IBERMUTUA.

Asimismo, sus datos serán tratados en caso de que sea necesario iniciar el expediente de prestaciones económicas por incapacidad y gestionar el cobro de los gastos ocasionados por accidentes en que sea responsable un tercero.

Sus datos personales, incluidos los del tratamiento o intervención médica, formarán parte de su historia clínica, para prestar los servicios médicos y los de gestión administrativa que IBERMUTUA ha de realizar como mutua colaboradora con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para poder realizar la prestación de asistencia sanitaria, así como tramitar y gestionar las prestaciones indicadas.

Legitimidad: IBERMUTUA actúa lícitamente al tratar sus datos en cumplimiento de sus obligaciones legales como mutua colaboradora con la Seguridad Social en la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria y económica que legamente tiene conferidas, así como con base en su consentimiento, si autoriza la comunicación a su empresa de la información que se le ha detallado anteriormente.

Necesidad del tratamiento: Sus datos personales son necesarios para la gestión de la asistencia sanitaria y del resto de prestaciones y, en caso de no facilitarlos u oponerse a su tratamiento, no se le podrá seguir atendiendo, ni gestionarse estas prestaciones.

Transferencias: IBERMUTUA no tiene previsto realizar transferencias internacionales de los datos personales a terceros países ni a organizaciones internacionales.

Destinatarios de los datos: Los datos personales serán comunicados a su empresa para informarle de su situación de baja y alta laboral; a los Organismos de la Seguridad Social, a otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y entidades sanitarias con las que se tenga concierto sanitario y a Organismos de la Administración Pública, incluido jueces y tribunales de justicia, en cumplimiento de una obligación legal o contractual. Así como a entidades financieras para el pago de las correspondientes prestaciones y a las Compañías de seguros para el cobro de los gastos en que sea responsable un tercero.

Plazo de conservación de los datos: Los datos serán conservados durante los plazos exigidos por la normativa sanitaria y la legislación que regula la actuación de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, así como para la atención de posibles responsabilidades.

Ejercicio de derechos: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, a no ser objeto de una decisión automatizada y a revocar su consentimiento, si lo ha otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, 28043-Madrid o a la dirección derechosdatospersonales@ibermutua.es, concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

Si considera que sus derechos no han sido suficientemente atendidos, puede presentar una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto www.agpd.es, calle Jorge Juan nº 6, 28001-Madrid, y teléfono de contacto 912 663 517.

Más información: En el Aviso legal y Privacidad de www.ibermutua.es.

Instrucciones para la cumplimentación de la declaración del accidente/enfermedad formulada por el trabajador/a

1. Deben cumplimentarse detalladamente todos los apartados que constan en el formulario, según el orden solicitado. La información debe ser descrita literalmente en las líneas de puntos y/o marcando las casillas de verificación asociadas al texto.
2. Una vez cumplimentado el documento, éste debe ser leído y firmado por el trabajador /a (incluido el dorso que contiene la Nota informativa relativa a la protección de datos de carácter personal).
3. El formulario consta de tres ejemplares, cuyos destinatarios son: Original, destinado a la Mutua aseguradora, Primera copia, destinada al Trabajador/a, Segunda copia, destinada al Centro médico de la asistencia.
4. Los campos que hacen referencia al domicilio de la empresa o trabajador/a, se rellenarán comenzando por el tipo de vía (calle, plaza, avda, etc. seguido del número, el código postal, la localidad y la provincia en la que reside.
5. En los campos en los que hay que establecer fechas, se utilizará el formato día/mes/año. (Ejemplo: 01/01/2016)
6. En los campos en los que hay que establecer la hora, el dato se indicará en formato de cuatro dígitos de 0 a 24 horas (Ejemplo: 10:30)

I. Datos del trabajador/a (información sociodemográfica, y datos identificativos)

- **Tipo de documento identificativo y número:** Se anotará el Documento Nacional de identidad (DNI), la Tarjeta de extranjero (NIE) o el Pasaporte.
- **Nº de afiliación a la Seguridad Social:** Es un número asignado por la Tesorería General de la Seguridad Social a la persona física cuando inicia una actividad laboral determinante de inclusión en el Sistema de la Seguridad Social. Este número figura en la Tarjeta Sanitaria sobreimpreso y consta de 9 dígitos; va precedido del nº de clave de la provincia y seguido de los dígitos de control.

II. Datos de la empresa

- **Nombre de la empresa o razón social:** Anotar el nombre de la empresa completo (evitar el uso de siglas y abreviaturas).
- **Código cuenta cotización (Nº de Patronal o de Inscripción a la Seguridad Social):** Código numérico que la Tesorería General de la Seguridad Social asigna al empresario para su identificación y control de sus obligaciones en el respectivo Régimen del Sistema de la Seguridad Social. Debe reflejarse el código que corresponda a la Empresa o Centro de trabajo. Este número consta de 11 dígitos; los dos primeros identifican la provincia dónde esté ubicado el Centro de trabajo, van seguidos de un nº de inscripción correlativo, y los dos últimos se corresponden con los dígitos de control.

III. Datos laborales

- **Fecha de ingreso en la empresa:** La fecha que se establezca deberá ser anterior o igual a la fecha del accidente (excepto si se trata de una recaída).
- **Tipo de contrato:** Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo- discontinuo, etc.
- **Ocupación:** Se indicará la profesión principal respecto al conjunto de funciones y tareas desempeñadas dentro de la empresa.
- **Puesto:** El que corresponda a la actividad laboral que desarrolla el trabajador en la empresa.

IV. Datos relativos al accidente

- **Descripción del accidente/enfermedad (profesional):** La descripción debe hacerse de forma exhaustiva indicando de manera secuencial: el lugar y sitio físico en el que se encontraba en el momento del accidente, cuándo y cómo sucedió, qué hacía en el momento del suceso, y cuáles fueron las consecuencias del mismo. Si el accidente es derivado de un suceso relacionado con el tráfico, se debe describir a dónde iba, y dónde venía.
- **Aporta Volante de solicitud de asistencia sanitaria por AT /EP:** Indicar mediante la casilla correspondiente si el trabajador aporta el Volante de solicitud de asistencia cumplimentado por la empresa. Esta información es determinante para la gestión y el encuadramiento del proceso.

1. **Tipo de accidente/enfermedad:** Establecer la casilla correspondiente en función a la siguiente descripción para cada tipología:

- **Centro de trabajo habitual:** Si el accidente tiene lugar en el centro donde desarrolla el trabajo normalmente.
- **In itinere:** Accidentes acontecidos al ir o volver al lugar de trabajo.
- **Desplazamiento laboral:** Si una vez incorporado a su puesto de trabajo, se desplaza por motivos laborales y sufre un accidente. El recorrido en el que se produzca debe estar motivado única y exclusivamente por el desarrollo de la actividad laboral.
- **Otro centro o lugar de trabajo:** Si el accidente se produce en un centro o lugar donde esté realizando un trabajo por cuenta de la empresa.
- **No laboral:** Cuando no existe un nexo causal entre la lesión sufrida por el trabajador/a y el trabajo que ejecuta.
- **En el establecimiento mercantil o lugar donde desempeña su actividad:** Específico para trabajadores/as autónomos/as.
- **In itinere para trabajadores/as autónomos/as económicamente dependientes:** Tipología de accidente (In itinere) exclusiva para trabajadores/as por cuenta propia que realizan una actividad profesional a título lucrativo para una persona física o jurídica, denominada cliente, del que dependen económicamente.
- **En el domicilio del cliente contratista que solicitó sus servicios:** Cuando el accidente sufrido por el trabajador/a autónomo/a acontece en el domicilio del cliente para el que está realizando su trabajo.

2. **Accidente de tráfico:** Si el accidente se ha producido como consecuencia de un accidente de tráfico, se deberá especificar para gestiones y trámites posteriores si conducía el trabajador/a accidentado/a, de no ser así la identificación de la persona que conducía el vehículo, la matrícula del mismo, el Nº de póliza y la Compañía de seguros.