

ASEPEYO-SINIESTROS
GESTIÓN PARTE DE ACCIDENTE

EXP.: _____

Tipo: ____

AT/CC: ____

DATOS TRABAJADOR
(Introducir datos corregidos desde INTRANET -TRABAJADORES):

Apellido 1:				Apellido 2:			
Nombre:				NAF:			
F. Ing.:		Sexo:		F.Nto.:		CNO:	
DNI:		Grupo:		Antg.:		Contr.:	
REGSS.:		DIV:		Población:			
Domicilio:							

DATOS EMPRESA (Obtener datos de la GIM):

Nombre Empresa:			NIF	
CCC Empresa:			Plantilla:	

DATOS ACCIDENTE:

F.Acc.:		F.Baj.:		H.Tra.:	
Lugar:		H.Acc.:		Form.:	

DATOS ASISTENCIALES:

F.Acc.:		F.Baj.:		H.Tra.:		H.Acc.:	
Lugar:				Form.:		Age.:	

DATOS ECONÓMICOS:

Rec:		Grado:		Parte:		Tipo E/S:		E/S:	
------	--	--------	--	--------	--	-----------	--	------	--

DATOS ALTA:

Alta Med.:		Mot.:	
------------	--	-------	--

DATOS DEL SOLICITANTE:

Empleado:		Centro Asistencial :	AS _____	Fecha:	
Nombre:			Apellidos:		