



GUIA ACCIDENTE DE TRABAJO

26 de octubre de 2006

Guía de actuación en accidentes de trabajo

1. ¿Dónde dirigimos en caso de accidente de trabajo?

Siempre que pueda, diríjase al centro asistencial de su Mutua más cercano para recibir asistencia sanitaria.

La mayoría de los centros asistenciales permanecen abiertos de forma ininterrumpida desde las 8 horas hasta las 20 horas.

Si no recuerda cuál es el centro que se encuentra más próximo o el accidente se produce fuera de este horario, llame al teléfono gratuito de información permanente que sus mutuas les facilitan al asociarse a ellas, donde le indicarán a qué centro debe acudir.

En el caso de que el accidentado requiera atención médica urgente, trasládalo al centro sanitario más cercano, aunque no pertenezca a la red de su Mutua, y póngase en contacto con la oficina más próxima al centro de trabajo donde ocurrió el accidente.

La persona accidentada debe acudir al centro asistencial con su DNI y el volante de solicitud de asistencia. Si no estuviera consciente o tuviera dificultades para expresarse, es recomendable que sea acompañada por otra persona para que pueda facilitar el nombre completo, el domicilio y el DNI del accidentado, el nombre y la dirección de su empresa, así como las circunstancias que rodearon el accidente (forma, lugar, hora, etc.). En cualquier caso, es importante dar el nombre exacto de la empresa en la que el accidentado presta sus servicios.

2. ¿Qué pasos ha de dar la empresa?

La empresa tiene la obligación de comunicar a la Mutua el accidente de trabajo. Conviene recordar que en ningún caso el volante de solicitud de asistencia sustituye el parte de accidente.

3. ¿Qué ocurre cuando no causa baja laboral?

Se entiende que no causa baja laboral el accidentado que, tras recibir la asistencia sanitaria, puede reincorporarse a su lugar del trabajo el mismo día, o al día siguiente, de sufrir el accidente.

Esta situación no da derecho a percibir prestación económica de la Mutua.

Es muy importante recordar que las empresas están obligadas a cumplimentar cada mes la "relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica", que deba ser enviado en los cinco primeros días del mes siguiente.

4. ¿Qué ocurre cuando sí causa baja laboral?

Tras recibir la asistencia sanitaria, el equipo médico de la Mutua puede determinar el pase a la situación de baja laboral del accidentado si éste se ausenta al menos durante un día de su puesto de trabajo (sin contar el del accidente). En este caso, la empresa debe cumplimentar el parte de accidente de trabajo.

Dicho parte también tendrá que tramitarse en el supuesto que el trabajador sufriera una recaída. Se entiende por recaída "la baja médica del trabajador como consecuencia directa de un accidente anterior". En este supuesto, se ha de consignar la fecha del accidente que originó la baja.

Cuando el accidentado acuda al centro asistencial de su Mutua con el volante de solicitud de asistencia, el equipo médico le proporcionará dos ejemplares del parte médico de baja. Este

documento consta de tres copias: el original, para la Mutua; la primera copia, para el trabajador; y la segunda copia, para la empresa.

El parte de accidente de trabajo debe ser enviado a través del sistema Delt@ en los cinco días siguientes al accidente.

5. ¿Qué tengo que enviar a Iberica de Asesoramiento?

Para poder tramitar las bajas y las Asistencias sin Baja médica por Accidente, deberán remitirnos a la mayor brevedad posible, el parte de baja que expide la Mutua o en su caso la carta de solicitud del parte de Accidente o relación de Accidentes sin baja médica.

Deberán facilitarnos la descripción completa de cómo fue el Accidente, el Lugar, la Hora. Etc.

Para facilitarle el envío de dichos datos pueden rellenar la ficha Adjunta.

TOMA DE DATOS ACCIDENTE SIN BAJA MEDICA

EMPRESA: _____

TRABAJADOR: _____ Ocupación del Trabajador _____

DIA ACC/ENF: _____

PONER CLAVES SEGÚN ANEXOS

¿FORMA DE CONTACTO? : -TABLA 5 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿PARTE DEL CUERPO LESIONADA? TABLA 6 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿DESCRIPCIÓN DE LA LESION? TABLA 7 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TRABAJADOR: _____ Ocupación del Trabajador _____

DIA ACC/ENF: _____

PONER CLAVES SEGÚN ANEXOS

¿FORMA DE CONTACTO? : -TABLA 5 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿PARTE DEL CUERPO LESIONADA? TABLA 6 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿DESCRIPCIÓN DE LA LESION? TABLA 7 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TRABAJADOR: _____ Ocupación del Trabajador _____

DIA ACC/ENF: _____

PONER CLAVES SEGÚN ANEXOS

¿FORMA DE CONTACTO? : -TABLA 5 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿PARTE DEL CUERPO LESIONADA? TABLA 6 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿DESCRIPCIÓN DE LA LESION? TABLA 7 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MADRID A __ DE _____ DEL 2.00_

TOMA DE DATOS BAJAS POR ACCIDENTE

EMPRESA: _____

TRABAJADOR: _____ Ocupación del Trabajador _____

DIA ACC/ENF: _____ DIA BAJA: _____ DIAGNOSTICO: _____

MEDICO: _____ PRONOSTICO: LEVE() GRAVE() MUY GRAVE() FALLECIMIENTO()

TRABAJO HABITUAL ()SI ()NO

LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

ACTUABA COMO SUBCONTRATA SI NO (tache lo que proceda)

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE _____ CIF: _____ C.C.C. _____

HORA DEL DÍA: _____ HORA TRABAJO: _____

ESTABLECIMIENTO DONDE LE ATENDIERON: _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE: _____

HA REALIZADO EL PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS: CUENTA AJENA CUENTA PROPIA
SE HA REALIZADO LA EVALUACIÓN DE RIESGOS SOBRE EL PUESTO DE TRABAJO EN EL QUE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE: SI NO (TACHESE LO QUE NO PROCEDA)

PONER CLAVES SEGÚN ANEXOS

¿En que lugar se encontraba la persona accidentada?: tabla 1 - _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿En que proceso de trabajo participaba? (tipo de Trabajo. Tabla 2) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué estaba haciendo? (actividad Física tabla 3) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agente material asociado a la actividad Física (Anexo IV) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué hecho dio origen al accidente? (Desviación tabla 4) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agente material asociado a la desviación (Anexo IV) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Forma en que se produjo? (tabla 5) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aparato o agente material de la lesion (anexo IV) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿FORMA DE CONTACTO? : -TABLA 5 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿PARTE DEL CUERPO LESIONADA? TABLA 6 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿DESCRIPCIÓN DE LA LESION? TABLA 7 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MADRID A __ DE _____ DEL 2.00_