

## PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)

Accidente ☒ 1 ☐ 2 Recaída ☐ 1 ☒ 2

PAT

### 1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1º : FERNANDEZ	Apellido 2º : GARCIA	Nombre : ANTONIO	Sexo: Varón <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Mujer <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2
Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1) 5 8 6 8 7 5 2 8 3 4 5 6	Fecha ingreso en la empresa 1 5 0 3 2 0 1 8 (día/mes/año)	Fecha nacimiento 0 4 0 5 9 9 6	Nacionalidad (2) Española <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
Identificador Persona Física (IPF) (3) A 12345678	Ocupación del trabajador: (4) Operario de Planta Química	CNO-94	Antigüedad puesto trabajo (5) Tipo contrato (6) meses 81 días 6 00
Situación profesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Asalariado sector privado <input type="checkbox"/> Autónomo <b>sin</b> asalariados <input type="checkbox"/> Asalariado sector público <input type="checkbox"/> Autónomo <b>con</b> asalariados	CNAE para cotización AT/EP	1 9 . 2 0
Régimen Seguridad Social (7) 1 1	Convenio aplicable : Convenio General de la Industria Química	Ocupación para cotización AT/EP	0 8
Domicilio:..... Teléfono:..... Provincia:..... Municipio:..... Código Postal:.....			

### 2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Nombre o Razón Social: Petroleos y Amigos SA	CIF o NIF (8) A12345678	Código C. Cotización en la que está el trabajador (9)
Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.): Polígono Industrial A Ran, s/n	Provincia: Pontevedra	
Municipio: Cuntis	Código Postal: 3 6 5 7 0	Teléfono: 988010169
Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10) : Fabricación de productos derivados del petróleo	CNAE	Plantilla correspondiente a esa C.C (11) 150
Actuaba en el momento del accidente como:	Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Empresa de Trabajo Temporal <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Cuál o cuales de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? :		
<input type="checkbox"/> Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa	<input checked="" 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

### 3.- LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

#### LUGAR

Lugar del accidente: ☒ En el centro o lugar de trabajo habitual ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ En desplazamiento en su jornada laboral (\*) ☐ Al ir o al volver del trabajo, "in itinere" (\*)

(\*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual

☐ SI ☐ NO Además, marque si ha sido accidente de tráfico

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 número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:

País:..... Provincia:..... Municipio:.....  
Calle y número:..... Vía pública y punto kilométrico:.....  
Otro lugar (especificar) :.....

#### CENTRO DE TRABAJO

El centro de trabajo Cuntis a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)

En caso negativo, indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2

<input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata	
<input type="checkbox"/> Usuaría de ETT	CIF o NIF
<input type="checkbox"/> Otra	

Nombre o Razón Social:..... Domicilio:..... Provincia:.....  
Municipio:..... Código Postal:..... Teléfono:.....  
Plantilla actual del Centro (12) Código Cuenta Cotización Actividad económica principal del centro (13) : CNAE

Fecha del accidente (día/mes/año)						Fecha de Baja Médica		Día de la semana del accidente	Hora del día del accidente	Hora de trabajo (14)	Era su trabajo habitual	
2	2	1		2	0	2	3		MIERCOLES	1 0 (1 a 24)	(1ª 2ª X etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Descripción del accidente (15) ... Un trabajador con una antigüedad de 5 años en la empresa (contratado desde el 15/03/2018) estaba manipulando bidones de un producto químico volátil. Sin el equipo de protección adecuado, al abrir uno de los recipientes inhaló vapores tóxicos debido a una fuga no detectada. . Esto le provocó mareos y un desmayo. Fue trasladado al hospital, donde se le diagnosticó intoxicación química leve.

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) : Linea 6 del Sector A

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) : Manipulación para su uso en el proceso de producción

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fís. específica) (18) : Abriendo los bidones de productos químicos

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) : bidón de producto químico volátil

¿Qué hecho **anormal** que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) : .....

No llevar el equipo de protección adecuado	
--	--

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) : producto químico volátil

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) : Inhaló vapores tóxicos debido a una fuga no detectada

Aparato o agente material causante de la lesión (23) : producto químico volátil

☐ SI ☒ NO Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

☐ SI ☒ NO Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24) : .....

Descripción de la lesión (25) : Intoxicación química leve			
---	--	--	--

Grado de la lesión (26): Leve 

1	X
---	---

 Grave 

2	
---	--

 Muy grave 

3	
---	--

 Fallecimiento 

4	
---	--

 Parte del cuerpo lesionada (25): Sistema respiratorio 

--	--

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) : Dr. Carlos Martínez Av de Vigo 48 CP36003 Pontevedra 934567891

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27): Hospitalaria ☐ Ambulatoria ☒

☐ SI ☒ NO Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:.....

## 6.- ECONÓMICOS

<p>A) Base de cotización mensual :</p> <p>-En el mes anterior (1) <u>2500</u> .....</p> <p>-Días cotizados (2) .....</p> <p>-Base reguladora A (3) .....</p>	<p>B) Base de cotización al año (4) :</p> <p>B1.- por horas extras <u>200</u> .....</p> <p>B2.- por otros conceptos <u>300</u> .....</p> <p>Total B1 + B2 <u>500</u> .....</p> <p>Promedio diario base B (5) <u>83.33</u> .....</p>	<p>C) Subsidio :</p> <p>Promedio diario <u>2500</u> .....</p> <p>-Base reguladora A <u>2500</u> .....</p> <p>-Base reguladora B <u>2500</u> .....</p> <p>Total B.R. diaria (6) <u>83.33</u> .....</p> <p>Cuantía del subsidio 75% (7) <u>62.50</u> .....</p>
--	---	--

Don/Doña: Juan Pérez Saugar  
 en calidad de resp del serv de prevención, de la empresa,  
 expide el presente parte en  
 Cuntis a 22 de noviembre de 2023  
 (firma v sello)

ENTIDAD N º  
MUTUA UNIVERSAL  
Nº EXPEDIENTE  
Nº EXPEDIENTE 123456789

AUTORIDAD LABORAL  
(Sellado y fechado)