



Gerencia del  
Área de Salud  
de Badajoz

Administración - **CARGOS**

JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

En relación con el accidente de trabajo que sufrió el día \_\_\_\_\_ del que fue asistido en este Área de Salud, le rogamos nos remita, a la mayor brevedad posible, el presente **Cuestionario** debidamente cumplimentado.

## C U E S T I O N A R I O

### ACCIDENTES DE TRABAJO

Nombre del accidentado \_\_\_\_\_

Número afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa donde presta sus servicios \_\_\_\_\_

Nombre de la Mutua Patronal de la Empresa \_\_\_\_\_

Número Cuenta de Cotización \_\_\_\_\_

Si causara baja como consecuencia de este accidente, deberá adjuntar a este **Cuestionario**, fotocopia del **Parte de Baja**.

De no causar baja deberá presentar fotocopia de la comunicación por parte de su empresa a la Mutua Patronal correspondiente.

De no presentar este **CUESTIONARIO** en el plazo de **15 días**, nos veríamos obligados a pasarle a Vd. los gastos sanitarios ocasionados en el Hospital por la asistencia prestada.

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LUNES A VIERNES DE 08:00 A 14:00 HORAS  
EN LA SECCION DE CARGOS A TERCEROS**

**Tef: 924 21 81 09**

**Fax: 924 21 80 41**

UNIN-F-050-01-08- EO RO  
Mod. 18005861