



BOLETÍN DE SOLICITUD DE PRIMERA ASISTENCIA

SEDE SOCIAL
Sancho y Gil, 2-4. 50001 ZARAGOZA. Tel. 976 30 13 60 Fax 976 70 18 81

Ejemplar **PARA LA EMPRESA**
(ESTE BOLETÍN SE COMPONE DE 3 COPIAS - COPIA 2)

TRABAJADOR

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|---------|----------|
| Nombre y Apellidos | Núm. Afiliación S. Social | DNI/NIE | Teléfono |
| Domicilio y localidad | Oficio y Categoría | | |

EMPRESA

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------|----------|
| Nombre | Código Cuenta Cotización | C.I.F o N.I.F | Teléfono |
| Domicilio y localidad | Persona de contacto en la empresa | | |

INCIDENCIA

| | |
|---|---|
| <p>Hora ____ : ____ y Fecha ____ / ____ / ____ del hecho que motiva la asistencia.</p> <p>Acción que realizaba cuando precisó de asistencia médica (detallar lo máximo posible):</p> | <p>Firma y Sello de la Empresa</p> <p>----- a ----- de ----- de -----</p> |
|---|---|

(*) En caso de reconocerse dicha asistencia por MAZ como derivada de Contingencia Profesional, salvo rehúse del mismo por la Empresa, ésta deberá tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo en los 5 días hábiles siguientes a la emisión de la Baja o la Relación de Accidentes de Trabajo Sin Baja Médica, en los primeros 5 días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos, a través del Sistema Delt@, según lo reseñado en la Orden TAS 2926/2002 de Noviembre. En caso de tratarse de Enfermedad Profesional o Período OB. EP, con baja o sin baja, deberán remitir a MAZ la "Solicitud de Datos a Transmitir al CEPROSS", conforme a lo establecido en la Orden TAS/1/2007 de 2 de enero.

