



**PROCEDIMIENTO COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES
PROFESIONALES**

**Elaborado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad Autónoma de La Rioja
Informado y Consultado al Comité de Seguridad y Salud el 28 de noviembre de 2011**

Última actualización (octubre de 2024)

ÍNDICE

- 1.- OBJETO
- 2.- AMBITO DE APLICACIÓN
- 3.- NORMATIVA
- 4.- DEFINICIONES
- 5.- DESARROLLO
- 6.- REGISTRO Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN
- 7.- ANEXOS

1.- OBJETO

Con el presente documento se establece la sistemática que se debe seguir para la comunicación de todos aquellos accidentes de trabajo y enfermedades profesionales sufridos por el personal de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja, en el desarrollo de su actividad laboral.

2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento será de aplicación a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales sufridos por las personas que trabajen en la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

3.- NORMATIVA

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
- Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de la enfermedad profesional y del accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Orden JUS/1052/2022, de 31 de octubre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio o como consecuencia de él, en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por la Mutualidad General Judicial.
- Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial.

- Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

4.- DEFINICIONES

Accidente de Trabajo: La Ley General de la Seguridad Social (LGSS) en su artículo 115 determina que: es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Tendrán consideración de accidentes de trabajo:

- Los que sufra el trabajador al ir o volver del trabajo (accidente in itínere). Hay 3 elementos que se requieren en un accidente in itínere:
 1. Que ocurra en el camino de ida o vuelta.
 2. Que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente.
 3. Que se emplee el itinerario habitual.
- Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
- Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que aun siendo distintas de las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades, no incluidas en la definición de enfermedad profesional, que contraiga un trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

No obstante, lo establecido en los apartados anteriores, no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.
- En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

- La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

La enfermedad profesional viene definida en el Art. 116 de la Ley General de Seguridad Social como, “*la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional*”.

Cuando se puede establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha enfermedad puede ser legalmente reconocida como accidente de trabajo (art. 115, punto 2, letra "e" de la LGSS).

5.- DESARROLLO

5.1- ASISTENCIA A LA PERSONA AFECTADA.

Cuando una persona trabajadora sufre un Accidente de Trabajo se lo debe comunicar lo antes posible a la persona responsable de su centro de trabajo o a su superior jerárquico.

Siempre que sea posible se le realizará una primera asistencia en el lugar de trabajo con los medios existentes en el botiquín de cada centro de trabajo.

Si como consecuencia del accidente necesita asistencia médica, los pasos a seguir dependerán del Régimen al que este adscrito el trabajador:

- Si pertenece al Régimen General de la Seguridad Social, debe acudir a cualquier centro asistencial de Mutua Universal, con el Volante de Prestación de Asistencia Sanitaria (ANEXO 1) expedido por su superior jerárquico o persona responsable.
- Si pertenece al Mutualismo Administrativo MUFACE, deberá acudir a cualquier Centro Asistencial o profesional de su cuadro médico.
- Si pertenece al Mutualismo General Judicial MUGEJU, deberá acudir a cualquier Centro Asistencial o profesional de su cuadro médico.

5.2. TRAMITACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Los responsables de personal de cada Secretaría General Técnica, o los departamentos a los que se han delegado estas funciones, serán los encargados de tramitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en los plazos que indica la legislación.

En el caso del Régimen General de Seguridad Social, se realiza la tramitación del accidente laboral por procedimiento electrónico a través del sistema delt@ (ANEXO 2) y las enfermedades profesionales a través del sistema CEPROSS.

En todos los casos estas comunicaciones deberán realizarse en los plazos previstos por la ley:

- Los accidentes sin baja se traman en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos.
- En el caso de los accidentes con baja, en el plazo máximo de cinco días hábiles contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica.
- Los accidentes graves, muy graves o mortales o cuando el accidente afecte a más de cuatro trabajadores (accidente múltiple), se deben comunicar, en el plazo máximo de veinticuatro horas, a la Autoridad Laboral a través de la tramitación del accidente laboral por el sistema delt@ utilizando la opción comunicaciones urgentes. De esta información se enviará una copia al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales por ABC.

En el caso del Mutualismo Administrativo MUFACE, la persona trabajadora tras recibir la asistencia médica recibirá el correspondiente Parte médico de incapacidad temporal (ANEXO 3) que trasladará al órgano de personal. Posteriormente realizará una declaración jurada de cómo han sucedido los hechos y rellenará la Solicitud de iniciación de expediente de averiguación de causas (ANEXO 4) que firmará junto a su responsable directo y trasladará toda la documentación al órgano de personal. Desde allí, realizarán el Parte de accidente en acto de Servicio (ANEXO 5). Con toda la documentación recabada el órgano de personal realiza la resolución, indicando si ha sido accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

En el caso del Mutualismo General Judicial MUGEJU, la persona trabajadora tras recibir la asistencia médica presentará su Parte médico de incapacidad temporal (ANEXO 6) al órgano de personal de Justicia para que realice la tramitación de licencia por enfermedad.

5.3- COMUNICACIÓN AL SERVICIO DE PREVENCIÓN

En el caso de los accidentes de trabajo, los responsables de personal de cada Secretaría General Técnica, o los departamentos en los que se haya delegado estas funciones, serán los encargados de comunicar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo, con objeto de realizar las investigaciones de accidentes de trabajo y proponer medidas preventivas en el caso de que las medidas actuales no sean suficientes o adecuadas.

La comunicación se realizará a los Técnicos del Servicio de Prevención de la siguiente forma:

- En el caso del Régimen General de Seguridad Social, reciben la notificación de dichos accidentes de trabajo por correo electrónico, que envía la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social.
- En el caso del Mutualismo Administrativo MUFACE, es el órgano de personal enviará por ABC la Resolución donde se califica como Accidente en Acto de Servicio.
- En el caso del Mutualismo General Judicial MUGEJU, es el órgano de personal enviará por ABC cumplimentado el ANEXO 7 “Comunicación de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional del Personal de MUGEJU al Servicio de Prevención del Gobierno de La Rioja”.

En las enfermedades profesionales:

- En el caso del Régimen General de Seguridad Social, la propia Mutua Colaboradora de la Seguridad Social comunica al Servicio de Prevención la confirmación de Enfermedad Profesional a través de correo electrónico.
- En el caso del Mutualismo Administrativo MUFACE, es el órgano de personal quien comunica al Servicio de Prevención la resolución de confirmación de la Enfermedad Profesional, a través de ABC.
- En el caso del Mutualismo General Judicial MUGEJU, es el órgano de personal quien enviará por ABC cumplimentado el ANEXO 7 “Comunicación de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional del Personal de MUGEJU al Servicio de Prevención del Gobierno de La Rioja”.

Ante cada caso de enfermedad profesional confirmada, el/la jefe/a de Servicio lo comunicará a un equipo de trabajo (formado por Médico/a y Técnico/a), que realizarán la investigación de dicha enfermedad profesional.

6.- REGISTRO Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN

Los responsables de personal de cada Secretaría General Técnica, deben registrar y archivar todos los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que los deben conservar para tenerlos a disposición de la Autoridad Laboral.

7.- ANEXOS

Anexo 1 – Volante de prestación de asistencia sanitaria de Mutua Universal

Anexo 2 – Parte de accidente de trabajo sistema delt@

Anexo 3 – Parte médico de incapacidad temporal del Mutualismo Administrativo (MUFACE)

Anexo 4 – Solicitud de iniciación de expediente de averiguación de causas (MUFACE)

Anexo 5 – Parte de accidente en acto de servicio (MUFACE)

Anexo 6 – Parte médico de incapacidad temporal del Mutualismo General Judicial (MUGEJU)

Anexo 7 – Comunicación de accidente de trabajo o enfermedad profesional del personal de MUGEJU al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de La Rioja

ANEXO 1. VOLANTE DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE MUTUA UNIVERSAL



Mutualat. María Colaboradora
con la Seguridad Social nº 10

VOLANTE DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Rogamos que presten asistencia sanitaria a la persona trabajadora de esta Empresa, cuyos datos se indican a continuación:

DATOS EMPRESA

Empresa	CIF
Centro de trabajo	

DATOS TRABAJADOR/A

Nombre y apellidos	DNI/NIE	
Puesto de trabajo		
Jornada laboral	Hora entrada	Hora salida

DATOS DEL SUCESO

Fecha	Hora	Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
-------	------	----------------------	---

Descripción detallada de cómo y dónde ocurrieron los hechos que motivaron la asistencia:

El suceso se ha podido observar por la persona responsable de la empresa u otro/a compañero/a Sí / No

Indique el nombre y DNI/NIE de los/las testigos, si los hubiere:

FECHA, FIRMA, SELLO DE LA EMPRESA Y DATOS DE CONTACTO

Datos de la persona responsable o representante de la empresa que cumplimenta el Volante

Nombre y apellidos	Teléfono
En calidad de	e-mail
Lo solicita en	Firma y sello de la empresa*
El día	

- La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone el reconocimiento, por parte de la mutua, del incidente como laboral.
- En caso de que la mutua califique el incidente como accidente de trabajo, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, la empresa deberá:
 - a) Si causa baja médica: tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo, en los 5 días siguientes a la fecha de emisión de la baja médica o en las 24h siguientes en caso de accidente grave, muy grave o fallecimiento.
 - b) Si no causa baja médica: incluir este proceso en la Relación de Accidentes de Trabajo Sin Baja Médica en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al de la asistencia.
- La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos a los de MUTUA UNIVERSAL no implica que la mutua deba necesariamente asumir el coste de la asistencia prestada.

ANEXO 2. PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO SISTEMA DELT@

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

Accidente Recalda

PAT

1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1º :	Apellido 2º :	Nombre :		Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>
Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1)	Fecha ingreso en la empresa	Fecha nacimiento	Nacionalidad (2)	
			Española <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> 
Identificador Persona Física (IPF) (3)	Ocupación del trabajador: (4)	CNO-94	Antigüedad puesto trabajo (5)	Tipo contrato (6)
		meses 	días 
Situación profesional (marque con una X la que corresponda):		<input type="checkbox"/> Asalariado sector privado <input type="checkbox"/> Autónomo sin asalariados <input type="checkbox"/> Asalariado sector público <input type="checkbox"/> Autónomo con asalariados		
Régimen Seguridad Social (7) 	Convenio aplicable :	Epígrafe de AT y EP 		
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:		Código C. Cotización en la que está el trabajador (9) 
Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.):	Provincia: 
Municipio: 	Código Postal: 	Teléfono:
Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10) :		Plantilla correspondiente a esa C.C (11) 
Marque si actuaba en el momento del accidente como: <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> Empresa de Trabajo Temporal		
¿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 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
 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

- Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)
 Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata | → Cumplimentar CIF o NIF  |
| <input type="checkbox"/> Usuario de ETT | → Cumplimentar CIF o NIF  |
| <input type="checkbox"/> Otra | → Cumplimentar CIF o NIF  |

DATOS DEL CENTRO : (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón Social:	Domicilio:	Provincia:	<input type="checkbox"/>
Municipio:	<input type="checkbox"/> Código Postal:	Teléfono:	<input type="checkbox"/>
Plantilla actual del Centro (12)	Código Cuenta Cotización	Actividad económica principal del centro (13) :	CNAE-03 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente (dia/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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1 a 24) <input type="checkbox"/>	(1º, 2º, etc.) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15) :
.....

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) :

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) :

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fís. específica) (18) :

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) :

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

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) :

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Confado-modalidad de la lesión) (22) :

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

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24) :
.....

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) :

Grado de la lesión (26): Lovo Grava Muy grava Fallecimiento Parte del cuerpo lesionada (25) :

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) :
.....

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

Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:
.....

6.- ECONÓMICOS

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

Don/Dofia: en calidad de de la empresa, expide el presente parte en a de de 20 (firma y sella)	ENTIDAD N° Nº EXPEDIENTE	AUTORIDAD LABORAL (Sellos y fechado)
---	-----------------------------------	---

ANEXO 3. PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

 MINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

**PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE
INCAPACIDAD TEMPORAL**

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL **PARTE CONFIRMACIÓN N°** **RECAIDA SI** **NO**

* Recuerde llevar el parte inmediato anterior siempre que vaya a la consulta de reconocimiento médico de su IT *

PARTE ALTA – Fecha (dd/mm/aaaa)

Causa del alta:

Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual Fallecimiento

Pase a Jubilación por edad o por IP para el servicio Agotamiento del plazo máximo

Posible nueva situación de IT Comienzo del permiso por maternidad

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primer apellido Segundo apellido Nombre

Número de afiliación: Nº de DNI:

Teléfono: Correo @ Entidad

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

Apellidos y nombre:

Especialidad:

2. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico ● 2.2 Duración probable (días)

2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional

2.5 Indicar, si procede:

Intervención quirúrgica Hospitalización

Tratamiento quimio-radioterapia Otro procedimiento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte a días (máximo 30)

2.7 Sin variaciones

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes

Valoración de la situación (marcar una opción):

3.1 Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación.

3.2 Posible Incapacidad permanente.

3.3 Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.

Justificación de la opción elegida

....., de de de 20

Firma del facultativo del parte

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de Junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.
Más información en: <http://www.muface.es/proteccióndedatos> y en Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad

ANEXO 4. SOLICITUD DE INICIACIÓN DE EXPEDIENTE DE AVERIGUACIÓN DE CAUSAS

Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de la enfermedad profesional y del accidente en acto de servicio en el ámbito de del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE.

DATOS DEL MUTUALISTA AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

UNIDAD DONDE EL MUTUALISTA PRESTA SERVICIO: _____

PUESTO DE TRABAJO: _____

DATOS DEL ACCIDENTE. (Breve descripción del trabajo que realizaba)

SOLICITA:

Iniciación del expediente de averiguación de causas del accidente descrito para que se califique como “accidente en acto de servicio”

Se adjunta la siguiente documentación.

- PARTE DE ASISTENCIA / INFORME DE URGENCIA del centro asistencial.
- PARTE OFICIAL DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.
- OTROS (ESPECIFICAR)

En _____ a _____ de _____ de 20____

DIRIGIDA AL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS

ANEXO 5. PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO (MUFACE)

¡Atención! Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar los campos, sitúe el puntero del ratón en los espacios correspondientes. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

 MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA		IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
		SERVICIO PROVINCIAL	
		OFICINA DELEGADA	
		CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO

Comunicación inicial Modificación de un parte Cancelación de un parte anterior Referencia

1	ÓRGANO DE PERSONAL QUE LO EMITE		
1.1	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:		
	<input type="checkbox"/> GENERAL DEL ESTADO		
	<input type="checkbox"/> COMUNIDAD AUTÓNOMA DE		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ENTIDAD LOCAL		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> OTRA (especificar)	<input type="text"/>	
1.2	MINISTERIO/CONSEJERÍA	<input type="text"/>	
1.3	ORGANISMO PÚBLICO/SOCIEDAD MERCANTIL		<input type="text"/>
1.4	DELEGACIÓN, SUBDELEGACIÓN DEL GOBIERNO		<input type="text"/>
1.5	DIRECCIÓN PROVINCIAL O TERRITORIAL		<input type="text"/>
1.6	OTRA INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA		<input type="text"/>
1.7	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO		<input type="text"/>
1.8	TELÉFONO DE CONTACTO	<input type="text"/>	1.9 FAX DE CONTACTO
1.10	DENOMINACIÓN DEL PUESTO DEL FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EMITE EL PARTE		<input type="text"/>

DPS-12002 (06/18)

2	DATOS DEL MUTUALISTA ACCIDENTADO					
2.1	APELLIDOS					
2.2	NOMBRE				2.3	N.I.F.
2.4	GRUPO DE TITULACIÓN		2.5	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA		
2.6	PUESTO DE TRABAJO :					
2.6.1	DENOMINACIÓN					
2.6.2	NIVEL DE COMPLEMENTO DE DESTINO					
2.6.3	PRINCIPALES TAREAS O FUNCIONES					
2.7	CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA DE QUE DEPENDE EL PUESTO					
2.7.1	DENOMINACIÓN					
2.7.2	DIRECCIÓN	C				
	MUNICIPIO				PROVINCIA	
	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO		FAX	

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (1/2)		
3.1	LUGAR EN QUE SE PRODUJO:		
	UBICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO		
	EN UN DESPACHO O LUGAR PRÓXIMO DEL MISMO EDIFICIO ESPECIFICAR DATOS DE UBICACIÓN: PLANTA, Nº DE DESPACHO, UNIDAD ORGÁNICA, etc.:		
	EN LOS ACCESOS DEL EDIFICIO (Detallar)		
	DURANTE UN DESPLAZAMIENTO EN COMISIÓN DE SERVICIO (añadir, si procede, fecha de autorización de la orden de viaje)		(Campo no obligatorio de llenar, aunque se haya marcado este "lugar")
	EN EL TRAYECTO AL O DESDE EL TRABAJO ESPECIFICAR LOS DATOS DE UBICACIÓN:		
	• CALLE/PLAZA/ Nº		
	• CARRETERA/ KM.		
	• MEDIO DE TRANSPORTE		
	VEHÍCULO PARTICULAR (MARCA, MODELO Y MATRÍCULA)		
	AUTOBÚS : LÍNEA		
	METRO : LÍNEA	ESTACIÓN / TRAMO	
	TREN : LÍNEA	ESTACIÓN / TRAMO	
	OTRO/S: (especificar)		

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (2/2)				
3.2	FECHA		3.3	HORA	
3.4	ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL MUTUALISTA ACCIDENTADO:				
3.5	POSIBLES CAUSAS:				
	A) LUGAR DE TRABAJO				
	B) EQUIPOS TÉCNICOS, MÁQUINAS, MOBILIARIO				
	C) MATERIALES UTILIZADOS				
	D) OTRAS (especificar)				
3.6	LESIONES O CONSECUENCIAS APRECIADAS INICIALMENTE:				
3.6.1	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)				
	Código	Descripción			
3.6.2	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 7 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)				
	Código	Descripción			
3.7	CAUSÓ BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO:	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

ANEXO 6. PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL MUTUALISMO GENERAL JUDICIAL (MUGEJU)

PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, MATERNIDAD, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

 MINISTERIO DE JUSTICIA 	MUTUALISTA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/> ACCIDENTE ACTO DE SERVICIO / ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA <input type="checkbox"/> MATERNIDAD			Fecha inicio: <input type="checkbox"/> PARTE INICIAL <input type="checkbox"/> PARTE DE CONTINUIDAD N.º <input type="text"/> RECAÍDA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FECHA PREVISIBLE DEL PARTO: <input type="checkbox"/> FECHA DEL PARTO:	ALTA-Fecha: Causa: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría que permite trabajo habitual <input type="checkbox"/> Posible nueva situación de IT <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo <input type="checkbox"/> Interrupción del embarazo o lactancia natural <input type="checkbox"/> Comienzo del permiso por parto	
<small>2- Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL</small>				FACULTATIVO <i>Apellidos y nombre:</i> <i>Especialidad:</i> <i>Entidad médica:</i> <i>Localidad:</i> <i>Fecha:</i> <i>Firma:</i> <i>N.º de colegiado:</i> <input type="text"/>		
CIE 10 ES diagnóstico <input type="text"/> • <input type="text"/>				Duración probable: días <input type="text"/>		
<i>Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución):</i> 						
<i>Descripción de la limitación en la capacidad funcional:</i> 						
DATOS ESPECÍFICOS <i>Circunstancias excepcionales que recomiendan ampliación plazo de nuevo parte:</i> <input type="text"/> días <input type="text"/> (máximo 30) <i>Sin variaciones</i> <input type="checkbox"/>						

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Órgano competente.

ANEXO 7. COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL DEL PERSONAL DE MUGEJU AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL GOBIERNO DE LA RIOJA

DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA TRABAJADORA	
DNI	
CENTRO DE TRABAJO	
TELEFONO DE CONTACTO	
SERVICIO	
PUESTO DE TRABAJO	

ACCIDENTE CON BAJA <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE SIN BAJA <input type="checkbox"/>		
ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>			
FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL			
HORA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL			
FECHA DE LA BAJA			
FECHA DEL ALTA			
DIAS DE BAJA			
TESTIGOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE (Si los hubiera):		
TRABAJO HABITUAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
LUGAR DONDE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE LABORAL O LA ENFERMEDAD PROFESIONAL			
CENTRO DE TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> OTRO CENTRO <input type="checkbox"/>			
DESPLAZAMIENTO DURANTE EL TRABAJO <input type="checkbox"/> IN ITINERE <input type="checkbox"/>			
PARTE DEL CUERPO LESIONADA			
TIPO DE LESIÓN			
AGENTE MATERIAL			
GRAVEDAD			
LEVE <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	MUY GRAVE <input type="checkbox"/>	MORTAL <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL			