

ENTIDAD NOMBRE:

ENTIDAD NÚMERO:

RELACIÓN DE ALTAS O FALLECIMIENTOS DE ACCIDENTADOS

MES:

AÑO:

Nº	IPF (1)		Núm. Ref. Delt@ (2)	Número Expediente Entidad	Cód. Cuenta Cotización Centro Trabajo (3)		Fecha Accidente día/mes/año	Fecha Baja Médica día/mes/año	Grado Real de la Lesión (4)	Fecha Alta día/mes/año	Causa Alta (5)	Diagnóstico (6)
	Tipo	Número										
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												

(5) Causa de Alta

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Fallecimiento 2. Curación 3. Inspección médica 4. Propuesta de incapacidad | <ul style="list-style-type: none"> 5. Agotamiento de plazo 6. Mejoría que permite realizar trabajo habitual 7. Incomparecencia |
|--|---|