

## Información requirida á empresa colaboradora para a notificación do parte de enfermidade profesional

De acordo co Real Decreto 1299/2006, do 10 de novembro, polo que se aproba o cadro de enfermidades profesionalis, desenvolvido pola Orde TAS 1/2007, do 2 de xaneiro, esta mutua notificaralle o parte de enfermidade profesional á Dirección Xeral de Ordenación do Ministerio de Traballo e Inmigración; no **prazo de 48 horas a partir do día seguinte ao da recepción deste documento**, a empresa deberá enviar a seguinte información ao nº de fax:

### 1. Datos do/a traballador/a

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome	NIF/NIE/pasaporte	
Base de cotizacións do mes anterior				Días cotizados		
Base de cotización anual por horas extras				Base de cotización anual por outros conceptos		
Notificación ao inicio	Período observación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non		N.º de colexiado	Tipo de asistencia <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria		Causa baixa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
	Data da baixa	Duración probable		CIE 10	Código EP	Parte do corpo danada
Notificación no peche	Data de alta	Tipo de proceso <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> EC		Causa da alta <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Alta informe proposta <input type="checkbox"/> Falecemento <input type="checkbox"/> Proposta de cambio de traballo <input type="checkbox"/> Outras		
	Data de inicio real EP			CIE 10	Código EP	Parte do corpo danada

### 2. Datos da empresa

Nome:	Código da conta de cotización:
Persoa de contacto:	Teléfono de contacto:
Modalidade de organización preventiva adoptada pola empresa <input type="checkbox"/> Ningunha <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Servizo de prevención propio <input type="checkbox"/> Servizo de prevención alleo <input type="checkbox"/> Servizo de prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Traballador designado	
Existencia de avaliación de riscos do posto de traballo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
Existencia de información aos representantes dos traballadores en materia de prevención (apartado c do artigo 36.2 da LPRL)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
¿Efectuouse recoñecemento médico? (artigo 196 da Lei Xeral da Seguridade Social)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
Existe informe de risco de EP polo empresario (artigo 16.3 da LPRL)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non

### 3. Datos do posto de traballo

	<b>Posto de traballo actual</b>	
Código CNO		
Descrición CNO		
Tempo de traballo (meses)		
Código de traballo		
Descrición do traballo		
<b>Centro de traballo onde presta os seus servizos o traballador, se é distinto do do CCC</b>		
Enderezo		Teléfono
Localidade	C.P.	Provincia
¿Realiza o traballador a súa actividade como subcontratado ou cedido por unha ETT?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
<b>En caso afirmativo</b>	Código da conta cotización da empresa onde presta os servizos o traballador	
	CNAE da empresa onde presta servizos o traballador	
	Cadro de persoal actual da empresa onde presta servizos o traballador	
	Modalidade de organización preventiva adoptada pola empresa onde presta servizos o traballador <input type="checkbox"/> Ningunha <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Servizo de prevención propio <input type="checkbox"/> Servizo de prevención alleo <input type="checkbox"/> Servizo de prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Traballador designado	
	Existencia de avaliación dos riscos do posto de traballo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non
	Existencia de información para o traballador en materia de prevención	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Registro de entrada

Sinatura e selo da empresa

Cargo:

Segundo establece o parágrafo segundo do artigo 6 da Orde TAS 1/2007, do 2 de xaneiro, se non se lle remite esta información á mutua, esta ten a obriga de poñer en coñecemento da autoridade laboral competente este incumprimento, e de tramitar o parte de enfermidade profesional.

**Ver no dorso a información detallada sobre protección de datos.**

## Información detallada sobre protección de datos

O asinante deste documento manifesta que os datos persoais son certos e que os datos de terceiras persoas que se proporcionen cando corresponda contarán co consentimento destas despois de ser informadas.

**Responsable do tratamento:** os datos persoais proporcionados son tratados por IBERMUTUA, mutua colaboradora coa Seguridade Social n.º 274 (IBERMUTUA), con domicilio en: c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, Madrid, 28043; teléfono de contacto: 900233333; e correo electrónico de contacto: [atencionalcliente@ibermutua.es](mailto:atencionalcliente@ibermutua.es). Pode contactar co delegado de protección de datos no enderezo [dpd@ibermutua.es](mailto:dpd@ibermutua.es).

**Finalidade do tratamento:** os datos persoais serán tratados por IBERMUTUA para xestionar e prestar os servizos derivados da súa condición de mutua colaboradora coa Seguridade Social. Os datos son necesarios para tramitar as prestacións derivadas da enfermidade profesional.

**Lexitimidade:** a base da licitude do tratamento é o cumprimento das obrigas legais de IBERMUTUA derivadas da súa condición de mutua colaboradora coa Seguridade Social para a xestión das prestacións derivadas de enfermidade profesional.

**Destinatarios dos datos:** os datos persoais poderanlles ser comunicados aos organismos da Seguridade Social e ás entidades da Administración Pública, en cumprimento dunha obriga legal.

**Prazo de conservación dos datos:** os datos serán conservados durante o período de tempo necesario para xestionar a prestación solicitada e os prazos establecidos na normativa reguladora das mutuas colaboradoras coa Seguridade Social.

**Exercicio dos dereitos:** pode revogar o consentimento outorgado ou exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición e, cando proceda legalmente, portabilidade, enviando unha comunicación ao enderezo c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, Madrid-28043 ou ao enderezo electrónico: [derechosdatospersonaes@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonaes@ibermutua.es), concretando o dereito solicitado e acreditando a súa identidade. Tamén ten dereito a presentar unha reclamación perante a Axencia Española de Protección de Datos a través do seu sitio web [www.agpd.es](http://www.agpd.es), o enderezo c/Jorge Juan, n.º 6, 28001-Madrid, ou o teléfono de contacto 912 663 517.

**Máis información:** no Aviso legal e privacidade de [www.ibermutua.es](http://www.ibermutua.es)