

Información requerida a la Empresa para la notificación del parte de enfermedad profesional

De acuerdo con el R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales, desarrollado por la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, esta Mutua notificará a la Dirección General de Ordenación del Ministerio de Trabajo e Inmigración el parte de enfermedad profesional, teniendo la empresa el deber de enviar en el **plazo de 48 horas a partir de la recepción de este documento**, la información siguiente I fax:

1. Datos trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
Causa baja	Fecha de baja asistencia		Base cotización mensual en el mes anterior		
Días cotizados	Teléfono		Base cotización anual horas extras		
Base cotización anual por otros conceptos					

2. Datos de la empresa

Nombre:		Código cuenta cotización:	
Persona de contacto:		Teléfono de contacto:	
Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Servicio prevención propio <input type="checkbox"/> Servicio prevención ajeno <input type="checkbox"/> Servicio prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Trabajador designado			
Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de prevención (art. 36.2c de la LPRL)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha efectuado reconocimiento médico? (art. 243 Ley General de la Seguridad Social)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Existe informe de riesgo de EP por el empresario (art. 16.3 de la LPRL)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. Datos del puesto de trabajo

	Puesto trabajo actual	Puesto trabajo anterior (si se presume como posible inicio de la enfermedad profesional)	
Código CNO			
Descripción CNO			
Tiempo trabajo (meses)			
Código trabajo			
Descripción trabajo			
Centro de trabajo donde presta servicios el trabajador si es distinto al del CCC			
Dirección		Teléfono	
Localidad	C.P.	Provincia	
¿Realiza el trabajador su actividad como subcontratado o cedido por una ETT?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo	Código cuenta cotización de la empresa donde presta servicios el trabajador		
	CNAE de la empresa donde presta servicios el trabajador		
	Plantilla actual de la empresa donde presta servicios el trabajador		
	Modalidad de organización preventiva adoptada por la empresa donde presta servicios el trabajador <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Propio empresario <input type="checkbox"/> Servicio prevención propio <input type="checkbox"/> Servicio prevención ajeno <input type="checkbox"/> Servicio prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Trabajador designado		
	Existencia de evaluación de riesgos del puesto de trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Existencia de información al trabajador en materia de prevención		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En _____ a ____ de _____ de 20____

Registro Entrada

Firma y sello de la empresa

Cargo:

Según establece el artículo 6, párrafo segundo de la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, de no remitirse esta información, la Mutua tiene la obligación de poner en conocimiento de la autoridad laboral competente este incumplimiento y de tramitar el parte de enfermedad profesional.

Ver al dorso la información detallada sobre protección de datos.

Información detallada sobre protección de datos

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que si facilita datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

Responsable del tratamiento: Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto atencionalcliente@ibermutua.es. Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: dpd@ibermutua.es

Finalidades del tratamiento: Los datos personales son tratados para gestionar la relación con IBERMUTUA, o tramitar su solicitud o el expediente de prestaciones de la Seguridad Social que proceda. Siendo los datos necesarios para los fines indicados.

Legitimidad: La base de licitud del tratamiento de los datos personales es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios de los datos: Los datos personales podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social, entidades incluidas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas y organismos de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

Plazo de conservación de los datos: Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos legalmente.

Ejercicio de derechos: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: derechosdatospersonales@ibermutua.es concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto www.agpd.es o C/Jorge Juan, 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517.

Más información: En el Aviso legal y Privacidad de www.ibermutua.es