

INFORMACIÓ REQUERIDA A L'EMPRESA PER A LA NOTIFICACIÓ DEL COMUNICAT DE MALALTIA PROFESSIONAL

D'acord amb el RD 1299/2006, de 10 de novembre, pel qual s'aprova el quadre de malalties professionals, desenvolupat per l'Ordre TAS 1/2007, de 2 de gener, aquesta mútua notificarà a la Direcció General d'Ordenació del Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social el comunicat de malaltia professional. Pel que fa a l'empresa, aquesta tindrà el deure d'enviar, en el termini de 48 hores a partir de la recepció d'aquest document, la Informació següent al n. de fax: 964 72 77 25 o al correu electrònic: gestionexpedientecpcs@uniondemutuas.es

1. Dades treballador/a

Primer cognom		Segon cognom		Nom		NIF/NIE/Passaport	
Causa baixa		Data de baixa assistència		Base cotització mensual en el mes anterior			
Dies cotitzats		Telèfon		Base cotització anual per hores extres			
Base cotització anual per altres conceptes							

2. Dades empresa

Nom				Codi compte cotització			
Persona de contacte				Telèfon de contacte			
Modalitat d'organització preventiva adoptada per l'empresa							
Cap		El mateix empresari/ària		Servei prevenció propi			
Servei prevenció aliè		Servei prevenció mancomunat		Treballador/a designat/da			
Existència d'avaluació de riscos del lloc de treball						Sí	No
Existència d'informació als/a les representants dels/de les treballadors/es en matèria de prevenció (art. 36.2c de la LPRL)						Sí	No
S'ha efectuat reconeixement mèdic? (art. 196 Llei general de la Seguretat Social)						Sí	No
Existeix informe de risc de MP per part del l'empresari/ària (art. 16.3 de la LPRL)						Sí	No

3. Dades lloc de treball

		Lloc de treball actual		Lloc de treball anterior (si es presumeix com a possible inici de la malaltia professional)					
Codi CNO									
Descripció CNO									
Temps de treball (mesos)									
Codi treball									
Descripció treball									
Centre de treball on presta serveis el treballador/la treballadora si és diferent al del CCC									
Adreça				Telèfon					
Localitat			Codi postal		Província				
Realitza el/la treballador/a la seua activitat com a subcontractat/da o cedit/da per una ETT?						Sí	No		
En cas afirmatiu		Codi compte cotització de l'empresa on presta serveis el/la treballador/a							
		CNAE de la l'empresa on presta serveis el/la treballador/a							
		Plantilla actual de l'empresa on presta serveis el/la treballador/a							
		Modalitat d'organització preventiva adoptada per l'empresa on presta serveis el/la treballador/a							
		Cap		El mateix empresari/ària		Servei prevenció propi			
		Servei prevenció aliè		Servei prevenció mancomunat		Treballador/a designat/da			
Existència d'avaluació de riscos del lloc de treball						Sí	No		
Existència d'informació al/a la treballador/a en matèria de prevenció						Sí	No		

En, adede

Registre d'entrada

Signatura i segell de l'empresa

Càrrec