

INFORMACIÓ REQUERIDA A L'EMPRESA COL-LABORADORA 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 part 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: gestionexpedientecps@uniondemutuas.es

1. Dades treballador/a

Primer cognom	Segon cognom	Nom	NIF/NIE/Passaport
Base cotització mes anterior		Dies cotitzats	
Base cotització anual per hores extres		Base cotització anual per altres conceptes	
Notificació a l'inici	Període observació Sí No		N. col·legiat/da
	Tipus d'assistència Ambulatoria Hospitalària		Causa baixa Sí No
	Data baixa	Duració probable	CIE 10
			Codi EP
			Part del cos danyada
Notificació al tancament	Data alta	Tipus de procés EP AT EC	Causa del alta
	Curació Proposta de canvi de treball		Alta informe proposta Defunció Altres
	Data inici real EP	CIE 10	Codi EP
			Part del cos danyada

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/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/la treballador/a 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 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	
	Existència d'informació a/la treballador/a en matèria de prevenció	

En, adede

Registre d'entrada

Signatura i segell de l'empresa

Càrrec: