

## Información requerida a la Empresa Colaboradora 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**, a información siguiente al nº de fax: \_\_\_\_\_

### 1. Datos trabajador/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
Base cotización mes anterior		Días cotizados	
Base cotización anual por horas extras		Base cotización anual por otros conceptos	
Notificación al inicio	Período observación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nº Colegiado	Tipo de asistencia <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria
	Fecha baja	Duración probable	Causa baja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		CIE 10	Código EP
		Parte del cuerpo dañada	
Notificación al cierre	Fecha alta	Tipo de proceso <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> EC	Causa del alta <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Alta informe propuesta <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Propuesta de cambio de trabajo <input type="checkbox"/> Otras
	Fecha inicio real EP	CIE 10	Código EP
		Parte del cuerpo dañada	

### 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
Existencia de información a los representantes de los trabajadores en materia de prevención (art. 36.2c de la LPRL) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
¿Se ha efectuado reconocimiento médico? (art. 196 Ley General de la Seguridad Social) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
Existe informe de riesgo de EP por el empresario (art. 16.3 de la LPRL) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	

### 3. Datos del puesto de trabajo

	<b>Puesto trabajo actual</b>	
Código CNO		
Descripción CNO		
Tiempo trabajo (meses)		
Código trabajo		
Descripción trabajo		
<b>Centro de trabajo donde presta servicios el trabajador si es distinto al del CCC</b>		
Dirección		Teléfono
Localidad	C.P.	Provincia
¿Realiza el trabajador su actividad como subcontratado o cedido por una ETT? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>		
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
Existencia de información al trabajador en materia de prevención <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>		

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 al facilitar datos de un tercero le ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

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

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales serán tratados para gestionar y prestar por parte de IBERMUTUAMUR sus servicios en su condición de mutua colaborada con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar las prestaciones derivadas de enfermedad profesional.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social en la gestión de las prestaciones derivadas de enfermedad profesional.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social y Entidades de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos serán conservados durante el periodo de tiempo que se gestione la prestación y la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, así como revocar el consentimiento otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o a la dirección [derechosdatospersonales@ibermutuamur.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutuamur.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](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan nº 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutuamur.es](http://www.ibermutuamur.es)