

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

INSTRUCCIONS PER EMPLENAR LA SOL·LICITUD

- 1.- **DADES PERSONALS I PROFESSIONALS.**- Indiqueu les vostres dades d'identificació personal i de residència permanent. Indiqueu la vostra professió com també les tasques habituals de la vostra activitat laboral. En aquest apartat ens podeu anotar el vostre número de mòbil i l'adreça de correu electrònic perquè puguem comunicar-nos amb més agilitat.
- 2.- **MOTIUS DE LA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA.**- Indiqueu els motius que teniu per mostrar la vostra disconformitat amb l'alta mèdica emesa.
- 3.- **DADES DE L'ENTITAT COL·LABORADORA I DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, QUE MOTIVA LA DISCONFORMITAT.**- En aquest apartat, cal que ens indiqueu el nom de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora, com també les dates de baixa i alta mèdica del procés d'incapacitat temporal del qual sol·liciteu la revisió.
- 4.- **DOCUMENTS QUE PRESENTA.**- A aquesta sol·licitud, amb la finalitat que aquest Institut conegui els antecedents medicoclinics existents amb anterioritat, cal acompanyar **NECESSÀRIAMENT** l'historial clínic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal del qual sol·liciteu la revisió o, si no el teniu, una còpia de la sol·licitud d'aquest historial a l'entitat col·laboradora (mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora), cosa que s'acreditarà mitjançant el segell d'entrada de l'esmentada entitat en aquest formulari i, en aquesta últim cas, adjuntar una còpia de l'alta mèdica que origina la present revisió.
- 5.- **AL·LEGACIONS.**- Si voleu afegir alguna cosa que considereu important i que no queda recollida en aquesta sol·licitud, indiqueu-la en aquest apartat de la manera més breu i concisa possible.

L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL US INFORMA:

Si aquesta sol·licitud no va acompanyada dels documents necessaris per a la seva tramitació, heu de presentar-los en qualsevol dependència d'aquesta Direcció Provincial, personalment o per correu, en el termini de deu dies comptats des del següent a aquell en el qual us hagin notificat el seu requeriment.

Si no presenteu aquests documents, entendrem que desistiu de la petició, d'acord amb el que preveuen els art. 70 i 71 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre (BOE de 27-11-92 i 14-1-99).

RECORDEU:

Si demaneu l'historial mèdic a l'entitat col·laboradora (mútua o empresa), podeu portar aquest formulari perquè li posin el segell d'entrada que acrediti la vostra sol·licitud en aquella entitat.

El treballador que inicia el procediment de revisió, ho ha de comunicar a l'empresa el mateix dia en què presenta la sol·licitud o el dia hàbil següent. Amb aquesta finalitat, aquest model conté dues còpies amb les dades bàsiques de la revisió, per tal que comuniquen a la vostra empresa l'inici del procediment com també, si s'escau, a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social. Les dues còpies només tindran validesa quan hagin estat presentades i registrades.

Les resolucions que emet l'Institut Nacional de la Seguretat Social, en l'exercici de les competències establertes a l'article 4 del Reial decret 1430/2009, d'11 de setembre, es poden considerar dictades amb els efectes atribuïts a la resolució d'una reclamació prèvia, de conformitat amb el que disposa l'article 71.3 de la Llei 36/2011, de 10 d'octubre, reguladora de la jurisdicció social (BOE d'11 d'octubre). La qual cosa es farà constar en la resolució que es dicti.



PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA,
PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS,
LLIURADA PER LA MÚTUA D'AT I MP DE LA
SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

1. DADES PERSONALS I PROFESSIONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom			
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI, NIE, passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon fix		Telèfon mòbil	
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)			Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província		Nacionalitat		
Si voleu rebre informació per correu electrònic, indiqueu la vostra adreça							
Professió		Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

2. MOTIUS DE LA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA

--

3. DADES DE L'ENTITAT COL·LABORADORA I DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, QUE MOTIVA LA DISCONFORMITAT

Mútua d'AT i MP de la S. Social / Empresa col·laboradora	
Data de la baixa mèdica	Data de l'alta mèdica

4. DOCUMENTS QUE PRESENTA

☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐ Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta.
☐ Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora, segons consta en aquest formulari.
Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.
Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora

5. AL·LEGACIONS

--

MANIFESTO, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de les dades del meu historial clínic custodiat per l'entitat col·laboradora, com també la consulta de les meves dades d'identificació personal i de residència, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accedir-hi informàticament.

..... de/d'..... de 20.....
Signatura

Sr./Sra. Director/a Provincial de l'Institut Nacional de la Seguretat Social de



PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA,
PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS,
LLIURADA PER LA MÚTUA D'AT I MP DE LA
SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

1. DADES PERSONALS I PROFESSIONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom			
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI, NIE, passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon fix		Telèfon mòbil	
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)			Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província		Nacionalitat		
Si voleu rebre informació per correu electrònic, indiqueu la vostra adreça							
Professió		Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

2. MOTIUS DE LA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA

--

3. DADES DE L'ENTITAT COL·LABORADORA I DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, QUE MOTIVA LA DISCONFORMITAT

Mútua d'AT i MP de la S. Social / Empresa col·laboradora	
Data de la baixa mèdica	Data de l'alta mèdica

4. DOCUMENTS QUE PRESENTA

☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐ Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta.
☐ Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora, segons consta en aquest formulari.
Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.
Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora

5. AL·LEGACIONS

--

MANIFESTO, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de les dades del meu historial clínic custodiat per l'entitat col·laboradora, com també la consulta de les meves dades d'identificació personal i de residència, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accedir-hi informàticament.

..... de/d'..... de 20.....
Signatura

Sr./Sra. Director/a Provincial de l'Institut Nacional de la Seguretat Social de



PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA,
PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS,
LLIURADA PER LA MÚTUA D'AT I MP DE LA
SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

1. DADES PERSONALS I PROFESSIONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom			
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI, NIE, passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon fix		Telèfon mòbil	
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)			Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província		Nacionalitat		
Si voleu rebre informació per correu electrònic, indiqueu la vostra adreça							
Professió		Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

2. MOTIUS DE LA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA

--

3. DADES DE L'ENTITAT COL·LABORADORA I DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, QUE MOTIVA LA DISCONFORMITAT

Mútua d'AT i MP de la S. Social / Empresa col·laboradora	
Data de la baixa mèdica	Data de l'alta mèdica

4. DOCUMENTS QUE PRESENTA

☐	Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐	Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta.
☐	Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora, segons consta en aquest formulari.
Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.	
Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora	



PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA,
PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS,
LLIURADA PER LA MÚTUA D'AT I MP DE LA
SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

1. DADES PERSONALS I PROFESSIONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom			
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI, NIE, passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon fix		Telèfon mòbil	
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)			Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província		Nacionalitat		
Si voleu rebre informació per correu electrònic, indiqueu la vostra adreça							
Professió		Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

2. MOTIUS DE LA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA

--

3. DADES DE L'ENTITAT COL·LABORADORA I DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, QUE MOTIVA LA DISCONFORMITAT

Mútua d'AT i MP de la S. Social / Empresa col·laboradora	
Data de la baixa mèdica	Data de l'alta mèdica

4. DOCUMENTS QUE PRESENTA

☐	Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐	Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta.
☐	Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora, segons consta en aquest formulari.
Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.	
Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora	



AQUEST FULL L'EMPLENARÀ L'ADMINISTRACIÓ

Cognoms i nom del sol·licitant:

DNI - NIE - passaport



Clau d'identificació de l'expedient:

Registre de l'INSS

Funcionari de contacte:

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA,
PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS,
LLIURADA PER LA MÚTUA D'AT I MP DE LA
SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

DOCUMENTS QUE SE LI DEMANEN(1) EN LA DATA EN QUÈ L'INSS REP LA SOL·LICITUD:

- ☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta.
- ☐ Còpia de la sol·licitud de l'historial clínic a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Altres documents

Rebut

Signatura

He rebut els documents requerits a excepció dels

números:

Signatura

Càrrec i nom del funcionari

.....

Data Lloc

(1) Heu de presentar la documentació requerida en qualsevol dependència d'aquesta Direcció Provincial, personalment o per correu, en el termini de deu dies comptats des de la data en què us l'hagin demanat.

Si incompliu aquest termini, entendrem que en desistiu, d'acord amb el que preveuen els art. 70 i 71 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre (BOE de 27-11-92 i 14-1-99). Però si la presenteu en el temps indicat, el termini màxim per resoldre i notificar s'iniciarà a partir de la data de recepció dels documents sol·licitats.

Aquesta sol·licitud serà tramitada per mitjans informàtics. Les dades personals que hi figuren seran incorporades a un fitxer creat per l'Ordre de 26-3-1999 (BOE 8-4-99) i estaran sota la custòdia de la Direcció General de l'Institut Nacional de la Seguretat Social. En qualsevol moment podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició sobre les dades incorporades, davant la Direcció Provincial de l'INSS (art. 5 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. BOE del dia 14).