



GOVERN
D'ESPANYA

MINISTERI
DE TREBALL
I IMMIGRACIÓ

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEGURETAT SOCIAL



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 <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> | Número de la Seguretat Social | DNI, NIE, passaport | Telèfon fix | |
| Domicili habitual : (carrer o plaça) | | | | Telèfon mòbil | |
| | | | | 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

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora. <input type="checkbox"/> Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta. <input type="checkbox"/> 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

Firma,

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



GOVERN
D'ESPANYA

MINISTERI
DE TREBALL
I IMMIGRACIÓ

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEGURETAT SOCIAL



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 <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> | Número de la Seguretat Social / | DNI, NIE, passaport | Telèfon fix Telèfon mòbil | | | | |
| Domicili habitual : (carrer o 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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora. <input type="checkbox"/> Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta. <input type="checkbox"/> 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. <p style="text-align: center;">Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.</p> <p style="text-align: center;">Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora</p> |
|--|

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

Firma,

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



GOVERN
D'ESPANYA

MINISTERI
DE TREBALL
I IMMIGRACIÓ

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEURETAT SOCIAL



INSTITUT NACIONAL DE LA
SEURETAT SOCIAL

③

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 SEURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

1. DADES PERSONALS I PROFESSIONALS

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|---------------------|---------------|--------------|
| Primer cognom | | Segon cognom | | Nom | |
| Data de naixement | Sexe Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> | Número de la Seguretat Social | DNI, NIE, passaport | Telèfon fix | |
| Domicili habitual : (carrer o plaça) | | | | Telèfon mòbil | |
| | | | | 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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora. <input type="checkbox"/> Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta. <input type="checkbox"/> 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. <p style="text-align: center;">Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.</p> <p style="text-align: center;">Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora</p> |
|--|

(cat)

C-062

Servicio de Producción Gráfica/2009

Exemplar per a l'empresa



GOVERN
D'ESPANYA

MINISTERI
DE TREBALL
I IMMIGRACIÓ

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEGURETAT SOCIAL



4

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 <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> | Número de la Seguretat Social | DNI, NIE, passaport | Telèfon fix | |
| Domicili habitual : (carrer o plaça) | | | | Telèfon mòbil | |
| | | | | 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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora. <input type="checkbox"/> Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta. <input type="checkbox"/> 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. <p style="text-align: center;">Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic.</p> <p style="text-align: center;">Segell d'entrada de la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora</p> |
|--|



GOVERN
D'ESPANYA

MINISTERI
DE TREBALL
I IMMIGRACIÓ

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEGURETAT SOCIAL

5



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: | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora. |
| 2. <input type="checkbox"/> | Historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta. |
| 3. <input type="checkbox"/> | Còpia de la sol·licitud de l'historial clínic a la mútua d'AT i MP de la Seguretat Social o empresa col·laboradora. |
| 4. <input type="checkbox"/> | 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).

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 comuniqueu 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 en l'article 4 del Reial decret 1430/2009, d'11 de setembre, es podran considerar dictades amb els efectes atribuïts a la resolució d'una reclamació prèvia, de conformitat amb el que disposa el paràgraf segon de l'article 71.2 del text refós de la Llei de procediment laboral, aprovat pel Reial decret legislatiu 2/1995, de 7 d'abril. Això es farà constar en la resolució que es dicti.