

Declaració de malaltia professional

Primera demanda: Sí No

Si la resposta és no, data de la primera demanda

Baixa mèdica Defunció
Treballa No treballa (Sense baixa mèdica)

1. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

Adreça personal

Adreça:

Complement adreça:

número: escala: pis: porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon:

correu electrònic:

S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>

2. Col·lectiu

Indiqueu el col·lectiu al qual pertanyeu:

Persona assegurada indirecta

Persona assalariada o assimilada

Persona que realitza una activitat per compte propi

Pensionista CASS

Pensionista Govern

Altres [especifiqueu-lo]:

Si pertanyeu a un règim especial. Indiqueu quin:

3. Dades de les empreses / activitats

Si no treballa, indiqueu la data des que no treballeu:

Activitat laboral a Andorra. Darrera/es empresa/es i activitats desenvolupades

(Si treballeu a més empreses ompliu un altre full adjunt amb les dades)

1. Núm. CASS:	Nom empresa:
Data inici:	Data fi:
Descripció del treball que presumiblement ha provocat o agreujat la malaltia /agent causant segons llista oficial:	
Activitats habituals del lloc de treball:	
Temps en mesos de l'activitat/exposició que presumiblement ha causat la malaltia:	
Lloc on desenvolupa l'activitat:	
CNO (Classificació Nacional d'Ocupació):	
Persona responsable de l'empresa:	
[Signatura de la persona responsable de l'empresa]	
2. Núm. CASS:	Nom empresa:
Data inici:	Data fi:
Descripció del treball que presumiblement ha provocat o agreujat la malaltia /agent causant segons llista oficial:	
Activitats habituals del lloc de treball:	
Temps en mesos de l'activitat/exposició que presumiblement ha causat la malaltia:	
Lloc on desenvolupa l'activitat:	
CNO (Classificació Nacional d'Ocupació):	
Persona responsable de l'empresa:	
[Signatura de la persona responsable de l'empresa]	

Antecedents professionals a Andorra si es presumeixen com a inici o causa de la malaltia (Si voleu indicar més empreses ompliu un altre full adjunt amb les dades)

1. Núm. CASS: _____ Nom empresa: _____

Data inici: _____ Data fi: _____

Descripció del treball que presumiblement va provocar o agreujar la malaltia /agent causant segons llista oficial:

Activitats habituals del lloc de treball:

Temps en mesos de l'activitat/exposició que presumiblement va causar la malaltia:

Lloc on va desenvolupar l'activitat:

CNO (Classificació Nacional d'Ocupació): _____

2. Núm. CASS: _____ Nom empresa: _____

Data inici: _____ Data fi: _____

Descripció del treball que presumiblement va provocar o agreujar la malaltia /agent causant segons llista oficial:

Activitats habituals del lloc de treball:

Temps en mesos de l'activitat/exposició que presumiblement va causar la malaltia:

Lloc on va desenvolupar l'activitat:

CNO (Classificació Nacional d'Ocupació): _____

Activitat laboral fora d'Andorra

Indiqueu si heu treballat a l'estranger: Sí No.

Si la resposta és afirmativa, percebeu una pensió per malaltia professional? Sí No.

Ompliu el/s quadre/s següent/s,

Antecedents professionals a l'estranger si es presumeixen com a possible inici o causa de la malaltia (Si voleu indicar més empreses ompliu un altre full adjunt amb les dades)

1. Nom empresa:

Data inici:

Data fi:

Descripció del treball que presumiblement va provocar o agreujar la malaltia /agent causant segons llista oficial:

Activitats habituals del lloc de treball:

Temps en mesos de l'activitat/exposició que presumiblement va causar la malaltia:

Lloc on va desenvolupar l'activitat:

CNO (Classificació Nacional d'Ocupació):

2. Nom empresa:

Data inici:

Data fi:

Descripció del treball que presumiblement va provocar o agreujar la malaltia /agent causant segons llista oficial:

Activitats habituals del lloc de treball:

Temps d'exposició en mesos de l'activitat presumiblement causant la malaltia:

Lloc on va desenvolupar l'activitat:

CNO (Classificació Nacional d'Ocupació):

A omplir pel metge tractant

4. Dades mèdiques. Característiques de la malaltia (Podeu adjuntar els informes mèdics que considereu convenients)

Diagnòstic:

Data del diagnòstic:

Descripció de la malaltia, agent causant segons llista oficial:

Part del cos lesionada:

Durada prevista de la malaltia:

Ha precisat certificat inicial de atur de treball? Sí No

Malaltia diagnosticada per:

Segell i signatura del metge

5. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

Que el/la sotasignat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat.

6. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad.

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recaptin, i per determinar les possibles responsabilitats que es

poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

7. Signatura

[Nom i cognoms i signatura de la persona assegurada]

Lloc:

Data:

7. Adjunto la documentació següent

Passaport, document d'identitat de la persona sol·licitant	
Informe mèdic	
Certificat mèdic per incapacitat temporal (baixa mèdica) (si escau)	
Declaració d'activitat de les empreses on treballa o ha treballat	
Declaració d'activitat d'empreses susceptibles d'haver provocat o agreujat la malaltia	
Declaració d'activitat laboral a l'estranger (si escau)	
Altres [especifiqueu-los]	