

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:

(si escau) Residència a Andorra des de: / /

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport Document d'identitat núm.:

(si escau) Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Temporer

Fronterer

Altres [especificar]

vàlida fins a: / /

Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça: núm.: esc.: pis: porta:

Població: parròquia:

País: codi postal:

Telèfon: fax: correu electrònic:

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 sotassinat/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. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

6. Signatura

[Nom i cognoms i signatura de la persona assegurada]

Lloc:

Data: / /

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals.

7. Adjunto la documentació següent

Document	
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]	