

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 (a omplir per l'assegurat)

Núm. CASS:

Data de naixement:

Cognoms i nom:

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:

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

3. Activitat laboral fora d'Andorra (a omplir per l'assegurat)

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):

4. Dades de les empreses/activitats(a omplir per l'empresa)

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

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

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)

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):

5. Dades mèdiques. Característiques de la malaltia(A omplir pel metge tractant)

(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? SI NO

Malaltia diagnosticada per:

Segell i signatura del metge

6. 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

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]	

8. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliteu mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



9. Signatura

Declaro que les dades declarades en aquest formulari són exactes i que les mantindrè actualitzades.

[Nom i cognoms i signatura persona assegurada]

Lloc:

Data