PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

INSTRUCCIONS PER EMPLENAR LA SOL·LICITUD

1.- DADES PERSONALS.- 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.

Si la petició no es formula en nom propi, sinó a través d'un representant, s'emplenarà l'apartat 1.2 DEL REPRESENTANT LEGAL, indicant el tipus de representació.

En aquells casos en què el sol·licitant (punt 1.1), per formular la sol·licitud, precisi la intervenció d'un guardador de fet o, si escau, d'un curador/defensor judicial, empleneu també l'apartat de les dades personals (punts 1.3/1.4).

2.- MOTIUS DE LA VOSTRA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA.- Indiqueu el 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 ens heu d'indicar el nom de la mútua col·laboradora amb 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 revisió.

4.- DOCUMENTS QUE APORTEU amb aquesta sol·licitud, perquè aquest Institut conegui els antecedents medicoclínics existents anteriorment. Heu d'aportar **necessàriament** l'historial mèdic anterior relacionat amb el procés d'incapacitat temporal del qual sol·liciteu revisió o, si no el teniu, una còpia de la sol·licitud d'aquest historial a l'entitat col·laboradora (mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora), la qual cosa heu d'acreditar mitjançant el segell d'entrada de l'esmentada entitat en aquest formulari i, en aquest últim cas, heu d'adjuntar una còpia de l'alta mèdica que dona lloc a la present revisió.

5.- AL·LEGACIONS.- Si voleu afegir alguna altra cosa que considereu important i que no hagi quedat reflectida en aquesta sol·licitud, poseu-la en aquest apartat de la manera més breu i concisa possible.

L'INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA US INFORMA:

Si aquesta sol·licitud no va acompanyada dels documents necessaris per poder-la tramitar, heu de presentar-los en el termini de deu dies a comptar del següent a aquell en què us hagin notificat el seu requeriment. Pot realitzar aquest tràmit, sense desplaçar-vos, a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (https://sede.seg-social.gob.es), tant amb certificat digital com amb Cl@ve permanent, per correu ordinari o en una Direcció Provincial o Local de l'Institut Social de la Marina sol·licitant cita prèvia en https://run.gob.es/xnka31ad, o a través de l'aplicació mòbil "ISM en la teva butxaca"

L'incompliment del termini esmentat té els efectes següents:

– Documents d'identificació del sol·licitant i, si escau, del representant, del guardador de fet/curador/defensor judicial, així com acreditació de la representació legal: s'entendrà que desisteix de la seva petició, prèvia resolució de l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el que preveuen els art. 66 i 68 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre (BOE del 02-10-2015). Si, per contra, es presenten en el temps requerit, el termini màxim per resoldre i notificar la prestació s'iniciarà a partir de la data de recepció d'aquests documents.

– Resta de documents: tramitarem el vostre expedient sense tenir en compte les circumstàncies a què es refereixen perquè no han estat provades, d'acord amb l'article 77 de l'esmentada Llei 39/2015.

20260923

C-062 cat V.6

IMPORTANT:

Si sol·liciteu 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 l'esmentada entitat.

El treballador que iniciï el procediment de revisió l'ha de comunicar a l'empresa en el mateix dia en què presenti la seva sol·licitud o en el següent dia hàbil. Amb aquesta finalitat, aquest model conté dues còpies amb les dades bàsiques de la revisió, perquè comuniqui a la seva empresa l'inici del procediment com també, si s'escau, a la mútua col·laboradora am b la Seguretat Social. Ambdues còpies només tindran validesa quan hagin estat presentades i registrades.

Les resolucions emeses per l'Institut Social de la Marina, en l'exercici de les competències establertes en l'article 4 del Reial decret 1430/2009, d'11 de setembre, podran considerar-se 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), c osa que es farà constar en la resolució que es dicti.

Les comunicacions i les notificacions relatives a aquesta prestació s'efectuaran per mitjans electrònics a la Seu Electrònica de la Seguretat Social, en el següent enllaç: ***https://info.seg-social.es/notif***

És imprescindible que s'indiqui correctament l'adreça de correu electrònic i número de telèfon mòbil del sol·licitant. Aquestes dades són necessàries per poder enviar notificacions o qualsevol informació rellevant relacionada amb el seu expedient. Si us plau, revisi que estiguin emplenats i actualitzats abans d'enviar la sol·licitud.

Qualsevol variació en les dades d'aquesta sol·licitud mentre estigui vigent el procediment, heu de comunicar-la a la Direcció Provincial o Local d'aquest Institut més proper al vostre domicili.

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Esborrar

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES
INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

Registre ISM

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, EMESA PER LA MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

Pot sol·licitar aquest tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tant amb certificat digital com amb **Cl@ve permanent**. Si no disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà enviar un exemplar signat per correu ordinari o presentar-lo en una Direcció Provincial o Local de l'Institut Social de la Marina, sol·licitant cita prèvia en ***https://run.gob.es/xnka31ad***, o a través de l'aplicació mòbil "**ISM a la teva butxaca**".

1. DADES PERSONALS

1.1 DEL SOL·LICITANT

Primer cognom		Segon cognom		Nom		
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI-NIE-Passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon mòbil	Telèfon fix	
Domicili (carrer, plaça …)			Número	Bloc	Escala	Pis / Porta
Codi postal	Localitat	Província		Nacionalitat		
Correu electrònic						
Professió	Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

1.2 DEL REPRESENTANT LEGAL que actua com a:

Tutor ☐ Tutor institucional ☐ Graduat social ☐ Gestor administratiu ☐ Altres apoderats ☐

Primer cognom		Segon cognom		Nom		
DNI-NIE-Passaport				Telèfon mòbil	Telèfon fix	
Domicili (carrer, plaça …)			Número	Bloc	Escala	Pis / Porta
Codi postal	Localitat	Província		País		
Correu electrònic						

1.3 GUARDADOR DE FET, emplenar en aquells casos en què el sol·licitant, per formular la sol·licitud, precisi la intervenció d'un guardador de fet

Guardador de fet ☐ Guardador de fet judicial ☐

Primer cognom		Segon cognom		Nom		
DNI-NIE-Passaport				Telèfon mòbil	Telèfon fix	
Domicili (carrer, plaça …)			Número	Bloc	Escala	Pis / Porta
Codi postal	Localitat	Província		País		
Correu electrònic						

Cognoms i nom:	DNI-NIE-Passaport: ②

1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL, emplenar en aquells casos en què el sol·licitant, per formular la sol·licitud, precisi la intervenció d'un curador/defensor judicial

Primer cognom	Segon cognom	Nom				
DNI-NIE-Passaport		Telèfon mòbil		Telèfon fix		
Domicili (carrer, plaça …)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província	País			
Correu electrònic						

2. MOTIUS DE LA VOSTRA 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

Mutua col·laboradora amb la Seguretat Social/Empresa col·laboradora .....

Data de la baixa mèdica ..... Data de l'alta mèdica .....

4. DOCUMENTS QUE APORTEU

- ☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Historial mèdic anterior relacionat amb el procés d' incapacitat temporal de què es tracta.
- ☐ Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora, conforme consta en aquest formulari.

Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic

Segell d'entrada de la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora

20260923

C-062 cat V.6

Exemplar per a l'ISM

Cognoms i nom:	DNI - NIE - Passaport ③

5. AL·LEGACIONS

DECLARO que són certes les dades incloses en aquesta sol·licitud.

L'Institut Social de la Marina sol·licita el vostre consentiment per consultar i demanar electrònicament les dades o documents que estiguin en poder de qualsevol administració, l'accés als quals no estigui prèviament emparat per la llei, i que siguin necessaris per resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si escau, la prestació reconeguda:

☐ **SÍ dono el meu consentiment**

☐ **NO dono el meu consentiment**

NOTA IMPORTANT: **En cas de no donar el vostre consentiment, haureu d'aportar, en el termini de 10 dies hàbils, els documents que se us indiquin que siguin necessaris per resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si escau, la prestació reconeguda.**

L'Institut Social de la Marina sol·licita el vostre consentiment per utilitzar el telèfon mòbil, el correu electrònic i les dades de contacte facilitades en aquesta sol·licitud per enviar-vos comunicacions en matèria de seguretat social.

☐ **SÍ dono el meu consentiment**

☐ **NO dono el meu consentiment**

20260923

INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
RESPONSABLE	Institut Social de la Marina (ISM)
FINALITAT	Gestió de les prestacions del Sistema de la Seguretat Social competència de l'ISM
LEGITIMACIÓ	Exercici de poders públics
DESTINATARIS	Només s'efectuaran cessions i transferències previstes legalment o autoritzades mitjançant el vostre consentiment
DRETS	Accedir, rectificar i suprimir les dades, com també altres drets, tal com s'explica en la informació addicional
PROCEDÈNCIA	Demanem dades a altres administracions i entitats en els termes legalment previstos
INFORMACIÓ ADDICIONAL	Podeu consultar informació addicional i detallada al full informatiu que s'adjunta al present formulari a l'apartat "INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS"

C-062 cat V.6

Exemplar per a l'ISM

..... , ... de/d' ..... de 20.....

Signatura

Si presentes aquesta sol·licitud per internet, no cal que signis el formulari

DIRECCIÓ PROVINCIAL DE L'INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA DE/D' .....

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, EMESA PER LA MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

Registre ISM

Pot sol·licitar aquest tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tant amb certificat digital com amb **Cl@ve permanent**. Si no disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà enviar un exemplar signat per correu ordinari o presentar-lo en una Direcció Provincial o Local de l'Institut Social de la Marina, sol·licitant cita prèvia en ***https://run.gob.es/xnka31ad***, o a través de l'aplicació mòbil "**ISM a la teva butxaca**".

1. DADES PERSONALS

1.1 DEL SOL·LICITANT

Primer cognom		Segon cognom		Nom					④
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI-NIE-Passaport	Número de la Seguretat Social		Telèfon mòbil		Telèfon fix		
Domicili (carrer, plaça …)				Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	
Codi postal	Localitat		Província		Nacionalitat				
Correu electrònic									
Professió	Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral								

1.2 DEL REPRESENTANT LEGAL que actua com a:

Tutor ☐ Tutor institucional ☐ Graduat social ☐ Gestor administratiu ☐ Altres apoderats ☐

Primer cognom	Segon cognom	Nom				
DNI-NIE-Passaport		Telèfon mòbil	Telèfon fix			
Domicili (carrer, plaça …)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província	País			
Correu electrònic						

1.3 GUARDADOR DE FET, emplenar en aquells casos en què el sol·licitant, per formular la sol·licitud, precisi la intervenció d'un guardador de fet

Guardador de fet ☐ Guardador de fet judicial ☐

Primer cognom	Segon cognom	Nom				
DNI-NIE-Passaport		Telèfon mòbil	Telèfon fix			
Domicili (carrer, plaça …)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província	País			
Correu electrònic						

20260923

C-062 cat V.6

Exemplar per al treballador

Cognoms i nom:	DNI-NIE-Passaport: ⑤

1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL, emplenar en aquells casos en què el sol·licitant, per formular la sol·licitud, precisi la intervenció d'un curador/defensor judicial

Primer cognom	Segon cognom	Nom				
DNI-NIE-Passaport		Telèfon mòbil		Telèfon fix		
Domicili (carrer, plaça …)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província	País			
Correu electrònic						

2. MOTIUS DE LA VOSTRA 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

Mutua col·laboradora amb la Seguretat Social/Empresa col·laboradora .....

Data de la baixa mèdica ..... Data de l'alta mèdica .....

4. DOCUMENTS QUE APORTEU

- ☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Historial mèdic anterior relacionat amb el procés d' incapacitat temporal de què es tracta.
- ☐ Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora, conforme consta en aquest formulari.

Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic

Segell d'entrada de la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora

5. AL·LEGACIONS

..... , ... de/d' ..... de 20.....

Signatura

Si presentes aquesta sol·licitud per internet, no cal que signis el formulari

20260923
C-062 cat V.6

Ejemplar per al treballador

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES
INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

Registre ISM

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, EMESA PER LA MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

Pot sol·licitar aquest tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tant amb certificat digital com amb **Cl@ve permanent**. Si no disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà enviar un exemplar signat per correu ordinari o presentar-lo en una Direcció Provincial o Local de l'Institut Social de la Marina, sol·licitant cita prèvia en ***https://run.gob.es/xnka31ad***, o a través de l'aplicació mòbil "**ISM a la teva butxaca**".

1. DADES PERSONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom ⑥		
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI-NIE-Passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon mòbil	Telèfon fix	
Domicili (carrer, plaça …)			Número	Bloc / Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província	Nacionalitat		
Correu electrònic						
Professió	Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

2. MOTIUS DE LA VOSTRA 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

Mutua col·laboradora amb la Seguretat Social/Empresa col·laboradora .....

Data de la baixa mèdica ..... Data de l'alta mèdica .....

4. DOCUMENTS QUE APORTEU

☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐ Historial mèdic anterior relacionat amb el procés d' incapacitat temporal de què es tracta.
☐ Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora, conforme consta en aquest formulari.

Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic

Segell d'entrada de la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora

20260923

C-062 cat V.6

Exemplar per a l'empresa

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES
INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

Registre ISM

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, EMESA PER LA MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

Pot sol·licitar aquest tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tant amb certificat digital com amb **Cl@ve permanent**. Si no disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà enviar un exemplar signat per correu ordinari o presentar-lo en una Direcció Provincial o Local de l'Institut Social de la Marina, sol·licitant cita prèvia en ***https://run.gob.es/xnka31ad***, o a través de l'aplicació mòbil "**ISM a la teva butxaca**".

1. DADES PERSONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom ⑦		
Data de naixement	Sexe ☐ Home ☐ Dona	DNI-NIE-Passaport	Número de la Seguretat Social	Telèfon mòbil	Telèfon fix	
Domicili (carrer, plaça …)			Número	Bloc / Escala	Pis / Porta	
Codi postal	Localitat		Província	Nacionalitat		
Correu electrònic						
Professió	Descripció de les tasques habituals de la vostra activitat laboral					

2. MOTIUS DE LA VOSTRA 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

Mutua col·laboradora amb la Seguretat Social/Empresa col·laboradora .....

Data de la baixa mèdica ..... Data de l'alta mèdica .....

4. DOCUMENTS QUE APORTEU

☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐ Historial mèdic anterior relacionat amb el procés d' incapacitat temporal de què es tracta.
☐ Sol·licitud de l'historial clínic a la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora, conforme consta en aquest formulari.

Rebuda la sol·licitud de l'historial clínic

Segell d'entrada de la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o de l'empresa col·laboradora

20260923
C-062 cat V.6

Exemplar per a la mútua o empresa col·laboradora

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEGURETAT SOCIAL
I PENSIONS

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUT SOCIAL
DE LA MARINA

INSTITUTO SOCIAL DE
LA MARINA

Registre ISM

AQUEST FULL L'HA D'EMPLENAR L'ADMINISTRACIÓ

Clau d'identificació de l'expedient:

Funcionari de contacte:

Cognoms i nom: DNI-NIE-Passaport ⑧

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

SOL·LICITUD DE REVISIÓ DE L'ALTA MÈDICA, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, EMESA PER LA MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

DOCUMENTS QUE SE LI DEMANEN EN LA DATA EN QUÈ L'ISM REP LA SOL·LICITUD:

1 ☐ DNI, passaport o equivalent, NIE, TIE de:
- ☐ Sol·licitant.
- ☐ Representant.
- ☐ Guardador de fet.
- ☐ Curador/defensor judicial.

2 ☐ Documentació acreditativa de la representació.
3 ☐ Resolució o autorització judicial per al punt 1.3/1.4.
4 ☐ Còpia de l'alta mèdica emesa per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
5 ☐ Historial mèdic anterior relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracta.
6 ☐ Còpia de la sol·licitud de l'historial clínic a la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
7 ☐ Altres documents

Rebut Signatura

20260923
C-062 cat V.6

INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

RESPONSABLE DEL TRACTAMENT	**Qui és el responsable del tractament de les vostres dades personals?** Subdirector/a General de Seguretat Social dels Trebajadors del Mar C/Génova,20 CP 28004 Madrid, ESPANYA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES	**Com podeu contactar amb el delegat de protecció de dades?** Cap del Servei Jurídic de la Seguretat Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPANYA delegado.protecciondatos@seg-social.es
FINALITAT DEL TRACTAMENT	**Per a què utilitzarem les vostres dades?** Les vostres dades seran tractades amb la finalitat principal de resoldre aquesta sol·licitud i de gestionar, si escau, la prestació reconeguda. El tractament de les vostres dades de contacte té com a finalitat la realització de comunicacions i enviament d'informació en matèria de seguretat social. Les dades personals proporcionades es conservaran mentre siguin necessàries per gestionar la vostra prestació o les dels possibles beneficiaris, com també per a altres fins d'arxiu i estadística pública.
LEGITIMACIÓ DEL TRACTAMENT	**Quina és la legitimació per al tractament de les vostres dades?** El tractament de les dades es realitza sobre la base de l'exercici de poders públics autoritzat per una norma legal (articles 66, 71, 72, 77 i concordants del Reial decret legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de la Seguretat Social, d'ara endavant, TRLGSS). Pel que fa a les comunicacions i enviament d'informacions en matèria de seguretat social, el tractament ve legitimat pel vostre consentiment. La negativa a atorgar-lo suposarà que no podreu rebre aquest tipus d'enviaments, encara que no impedirà que us puguem informar per aquests canals de l'estat de les vostres sol·licituds. També us informem que no teniu obligació de facilitar la vostra adreça de correu electrònic i el vostre número de telèfon mòbil, i que, en cas de no facilitar-los, no impedirà el tràmit de la vostra sol·licitud.
DESTINATARIS DE CESSIONS O TRANSFERÈNCIES	**A qui comunicarem les vostres dades?** Les dades personals obtingudes per l'Institut Social de la Marina en l'exercici de les seves funcions tenen caràcter reservat i només s'utilitzaran per als fins encomanats legalment, sense que puguin ser cedides o comunicades a tercers, llevat que la cessió o comunicació tingui per ob jecte algun dels supòsits previstos expressament a l'article 77 del TRLGSS, com també en els cas os indicats en qualsevol altra norma de rang legal. Si es tracta d'una sol·licitud basada en normativa internacional, les vostres dades podran ser cedides als organismes estrangers competents per tramitar la vostra sol·licitud.
DRETS DE LES PERSONES INTERESSADES	**Quins són els vostres drets quan ens faciliteu les dades personals?** Respecte a les dades personals proporcionades, podeu exercir, en qualsevol moment i en els termes establerts per la normativa de protecció de dades, els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició, o bé retirar el consentiment donat al seu tractament en els casos que hagués estat requerit, tot això mitjançant un escrit presentat en Direcció Provincial o Local del Institut Social de la Marina o per correu postal o a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social, davant el delegat de protecció de dades, les dades del qual es troben en el segon apartat d'aques ta taula. Us informem que, en cas de considerar que el vostre requeriment no ha estat atès oportunament, teniu la possibilitat de presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.
PROCEDÈNCIA	**Com obtenim les vostres dades personals?** A més de les dades facilitades per vós en la vostra sol·licitud, demanem altres dades personals a altres administracions i entitats en compliment de la normativa i amb la finalitat d'agilitar i facilitar l'actuació administrativa. Aquests accessos a dades estan emparats en normes amb rang de llei.

20260923
C-062 cat V.6