PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

INSTRUCCIONS PER A EMPLENAR LA SOL·LICITUD

1.- DADES PERSONALS.- Anoteu en este apartat les vostres dades d'identificació personal i de residència permanent, la professió que teniu i també les tasques habituals de l'activitat laboral.

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

Emplene també l'apartat de les dades personals (punts 1.3/1.4) en aquells supòsits en els quals el sol·licitant (punt 1.1) precise la intervenció d'un guardador de fet, o si escau, d'un curador/defensor judicial per a formular la sol·licitud.

2.- MOTIUS DE LA DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA.- Indiqueu en este apartat els motius que teniu per a mostrar-vos disconforme amb l'alta mèdica expedida.

3.- DADES DE L'ENTITAT COL·LABORADORA I DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL, PER CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS, QUE MOTIVA LA DISCONFORMITAT.- Indiqueu en este apartat el nom de la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora, i també les dates de baixa i d'alta mèdica del procés d'incapacitat temporal del qual sol·liciteu la revisió.

4.- DOCUMENTS ADJUNTS.- La sol·licitud, a fi que este Institut sàpia quins són els vostres antecedents medicoclínics, ha d'anar acompanyada **necessàriament** de l'historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal del qual se sol·licita la revisió o, si no el teniu, ha d'anar acompanyada d'una còpia de la sol·licitud d'eixe historial a l'entitat col·laboradora (mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora), cosa que s'acredita mitjançant el segell d'entrada de la dita entitat en este formulari i, en este últim cas, cal adjuntar a la sol·licitud una còpia de l'alta mèdica que origina esta revisió.

5.- AL·LEGACIONS.- AL·LEGACIONS.- Si voleu comunicar-nos alguna cosa que considereu important i que no trobeu inclosa en la sol·licitud, anoteu-la en este apartat de la forma més breu i concisa possible.

L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL US INFORMA:

Si esta sol·licitud no va acompanyada dels documents necessaris per a la tramitació, cal presentar-los en el termini de deu dies a comptar de l'endemà de rebre la notificació en què vos els han requerit. Els podeu presentar a través de la seu electrònica de la Seguretat Social, mitjançant certificat digital o Cl@vepermanent (*http://sede.seg-social.gob.es*), per correu postal i, també, en persona en qualsevol centre d'atenció i informació de la Seguretat Social (amb cita prèvia).

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 seua petició, d'acord amb el que es preveu en els articles 66 i 68 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre (BOE del 02-10-2015). Si, per contra, els presenta en el temps requerit, el termini màxim per a resoldre i notificar la seua prestació s'iniciarà a partir de la data de recepció d'aqueixos documents.

– Els altres documents: l'expedient es tramita sense tindre en compte les circumstàncies a què es referixen perquè no s'han provat, d'acord amb l'article 77 de la Llei 39/2015 ja esmentada.

20220324

C-062 val V.5

IMPORTANT:

Si sol·liciteu l'historial mèdic a l'entitat col·laboradora (mútua o empresa) heu de portar-los este formulari perquè hi estampen el segell d'entrada que acredite la vostra sol·licitud en eixa entitat.

El treballador que inicie el procediment de revisió ha de comunicar-ho a l'empresa el mateix dia de la presentació de la sol·licitud o el dia hàbil següent. És per això que este model de sol·licitud conté dos còpies amb les dades bàsiques de la revisió, perquè comuniqueu l'inici del procediment a la vostra empresa i també, si és el cas, a la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. Les dos còpies només tenen validesa si han sigut presentades i registrades.

Les resolucions expedides per l'Institut Nacional de la Seguretat Social, en l'exercici de les competències establides en l'article 4 del Reial Decret 1430/2009 d'11 de setembre, es poden considerar dictades amb els efectes atribuïts a la resolució d'una reclamació prèvia, segons es disposa en l'article 71.3 de la Llei 36/2011, de 10 d'octubre, reguladora de la jurisdicció social (BOE d'11 d'octubre). Cosa que s'ha de fer constar en la resolució que es dicte.

Qualsevol variació en les dades d'esta sol·licitud mentre el procediment estiga vigent, s'ha de comunicar a la direcció provincial o al centre d'atenció i d'informació (CAISS) d'este Institut més pròxim.

Si desitja que les notificacions que li remet la Seguretat Social es realitzen d'ara endavant únicament per mitjans electrònics, comunique'ns-ho en el servei de desistiment del canal postal en *http://run.gob.es/sckwao*.

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 NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre de l'INSS

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

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

Pot sol·licitar este 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 fer el tràmit en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

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 supòsits en els quals el sol·licitant per a formular la sol·licitud precise 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						

20220324

C-062 val V.5

Exemplar per a l'INSS

Cognoms i nom:	DNI-NIE-Passaport:

1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL, emplenar en aquells supòsits en els quals el sol·licitant per a formular la sol·licitud precise 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 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 col·laboradora amb la Seguretat Social/empresa col·laboradora .....

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

4. DOCUMENTS ADJUNTS

- ☐ Còpia de l'alta mèdica expedida per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Historial mèdic previ 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, segons consta en este 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

20220324
C-062 val V.5
Exemplar per a l'INSS

Cognoms i nom:	DNI - NIE - Passaport ③

5. AL·LEGACIONS

DECLARE que les dades incloses en esta sol·licitud són certes.

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per a consultar i obtindre electrònicament les dades o els documents que es troben en poder de qualsevol administració, l'accés als quals no estiga prèviament emparat per la llei i que siguen necessaris per a resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si és el cas, la prestació reconeguda:

☐ **SÍ que hi done el consentiment**

☐ **NO hi done el consentiment**

NOTA IMPORTANT: **En cas que no doneu el consentiment per a consultar i obtindre dades o documents, heu d'aportar, en el termini de 10 dies hàbils, els documents que vos indiquen que siguen necessaris per a resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si és el cas, la prestació reconeguda.**

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per a usar el telèfon mòbil, el correu electrònic i les dades de contacte facilitades en esta sol·licitud per a enviar-vos comunicacions en matèria de Seguretat Social.

☐ **SÍ que hi done el consentiment**

☐ **NO hi done el consentiment**

20220324

INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
RESPONSABLE	Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).
FINALITAT	Gestió de les prestacions del Sistema de la Seguretat Social competència de l'INSS.
LEGITIMACIÓ	Exercici de poders públics.
DESTINATARIS	Només s'efectuaran cessions i transferències previstes legalment o autoritzades mitjançant el vostre consentiment.
DRETS	Accés a dades, rectificació i supressió de dades, a més d'altres drets com s'explica en la informació addicional.
PROCEDÈNCIA	Obtenim dades d'altres administracions i entitats en els termes legalment previstos.
INFORMACIÓ ADDICIONAL	Podeu consultar informació addicional i detallada sobre esta qüestió en el full informatiu que s'adjunta a este formulari en l'apartat "INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS".

C-062 val V.5

Exemplar per a l'INSS

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

Firma

Si va a presentar esta sol·licitud per internet, no cal que signe este formulari

DIRECCIÓ PROVINCIAL DE L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL 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 NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre de l'INSS

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

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

Pot sol·licitar este 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 fer el tràmit en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DADES PERSONALS

1.1 DEL SOL·LICITANT

④

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 supòsits en els quals el sol·licitant per a formular la sol·licitud precise 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					

20220324
C-062 val V.5

Exemplar per al treballador

Cognoms i nom:	DNI-NIE-Passaport:

1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL, emplenar en aquells supòsits en els quals el sol·licitant per a formular la sol·licitud precise 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 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 col·laboradora amb la Seguretat Social/empresa col·laboradora .....

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

4. DOCUMENTS ADJUNTS

- ☐ Còpia de l'alta mèdica expedida per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Historial mèdic previ 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, segons consta en este 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' ..... del 20 .....

Firma

Si va a presentar esta sol·licitud per internet, no cal que signe este formulari

20220324
C-062 val V.5

Exemplar 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 NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre de l'INSS

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

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

Pot sol·licitar este 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 fer el tràmit en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

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 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 col·laboradora amb la Seguretat Social/empresa col·laboradora .....

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

4. DOCUMENTS ADJUNTS

- ☐ Còpia de l'alta mèdica expedida per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
- ☐ Historial mèdic previ 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, segons consta en este 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

20220324
C-062 val V.5

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 NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre de l'INSS

PROCEDIMENT ADMINISTRATIU DE REVISIÓ

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

Pot sol·licitar este 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 fer el tràmit en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

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 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 col·laboradora amb la Seguretat Social/empresa col·laboradora .....

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

4. DOCUMENTS ADJUNTS

☐ Còpia de l'alta mèdica expedida per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
☐ Historial mèdic previ 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, segons consta en este 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

20220324
C-062 val V.5

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 NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre de l'INSS

ESTE 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, EXPEDIDA PER LA MÚTUA COL·LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL O EMPRESA COL·LABORADORA

DOCUMENTS QUE ES DEMANEN EL DIA EN QUÈ L'INSS 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 expedida per la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social o empresa col·laboradora.
5 ☐ Historial mèdic previ 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

He rebut Firma

20220324
C-062 val V.5

INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

RESPONSABLE DEL TRACTAMENT	***Qui és el responsable del tractament de les vostres dades personals?*** Institut Nacional de la Seguretat Social C/ Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPANYA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES	***Com podeu posar-vos en contacte amb el delegat de Protecció de Dades?*** Adreça del Servici Jurídic de la Seguretat Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPANYA https://sede.seg-social.gob.es
FINALITAT DEL TRACTAMENT	***Per a què usarem les vostres dades?*** Les vostres dades seran tractades amb la finalitat principal de resoldre esta sol·licitud i de gestionar, si és el cas, la prestació reconeguda. El tractament de les vostres dades de contacte té com a finalitat la realització de comunicacions i l'enviament d'informació en matèria de Seguretat Social. Les dades personals proporcionades es conservaran mentre siguen necessàries per a gestionar la vostra prestació o les prestacions dels possibles beneficiaris, com també per a altres finalitats d'arxiu i estadística pública.
LEGITIMACIÓ DEL TRACTAMENT	***Quina és la legitimació per al tractament de les vostres dades?*** El tractament de les dades s'efectua sobre la base de l'exercici de poders públics autoritzat per una norma legal (art. 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 (TRLGSS). Pel que fa a les comunicacions i l'enviament d'informació en matèria de Seguretat Social, el tractament és legitimat pel vostre consentiment. La negativa a atorgar-lo comportarà que no podreu rebre esta classe d'enviaments, si bé no impedirà que vos puguem informar per estos canals de l'estat de la vostra sol·licitud. També vos fem saber que no esteu obligat a facilitar l'adreça de correu electrònic i el número de telèfon mòbil, i que el fet de no facilitar esta informació no és un impediment per a tramitar la sol·licitud.
DESTINATARIS DE CESSIONS O TRANSFERÈNCIES	***A qui comunicarem les vostres dades?*** Les dades personals obtingudes per l'Institut Nacional de la Seguretat Social en l'exercici de les seues funcions tenen caràcter reservat i sols s'utilitzen per a les finalitats encomanades legalment, sense que puguen ser cedides o comunicades a tercers, llevat que la cessió o comunicació tinga per objecte algun dels supòsits que s'indiquen expressament en l'article 77 del TRLGSS, com també en els supòsits indicats en qualsevol altra norma de rang legal. Si es tracta d'una sol·licitud basada en normativa internacional, les vostres dades poden ser cedides als organismes estrangers competents per a la tramitació de la sol·licitud.
DRETS DE LES PERSONES INTERESSADES	***Quins drets teniu quan ens faciliteu dades personals?*** Podeu exercir respecte de les dades personals proporcionades, en qualsevol moment i en els termes establits per la normativa de protecció de dades, els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició, o bé retirar el consentiment prestat al tractament en els casos en què haja sigut requerit. Tot això mitjançant un escrit presentat en un centre d'atenció i informació de la Seguretat Social (CAISS) o, per correu postal o a través de la seu electrònica de la Seguretat Social, dirigit al delegat de Protecció de Dades les dades del qual figuren en el segon apartat d'esta taula. Vos informem que en cas de considerar que el vostre requeriment no ha sigut atés com cal, teniu la possibilitat de presentar una reclamació adreçada a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.
PROCEDÈNCIA	***Com obtenim les vostres dades personals?*** A més de les dades que ens faciliteu en la sol·licitud, arrepleguem altres dades personals d'altres administracions i entitats en compliment de la normativa i amb la finalitat d'agilitar i facilitar l'acció administrativa. L'accés a estes dades està emparat en normes amb rang de llei.

20220324
C-062 val V.5