



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

## PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

### SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

#### 1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Número de la Seguridad Social	DNI, NIE, pasaporte	Teléfono fijo Teléfono móvil	
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque
Código postal		Localidad	Provincia	Escalera	Piso
				Puerta	Nacionalidad
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....					
Profesión ..... Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral .....					

#### 2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

#### 3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua de AT y EP de la S Social/ Empresa Colaboradora .....
Fecha de la baja médica ..... Fecha del alta médica .....

#### 4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

<input type="checkbox"/> Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
<input type="checkbox"/> Copia de la solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
<input type="checkbox"/> Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.

#### 5. ALEGACIONES

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Entidad Colaboradora, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de .....



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRABAJO  
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA  
**SEGURIDAD SOCIAL**

## PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

### SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

#### 1. DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Número de la Seguridad Social /	DNI, NIE, pasaporte	Teléfono fijo Teléfono móvil	
Domicilio habitual: (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera
Código postal	Localidad	Provincia		Piso	Puerta
Nacionalidad					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....					
Profesión ..... Descripción de las tareas habituales de su actividad laboral .....					

#### 2. MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA

#### 3. DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD

Mutua de AT y EP de la S Social/ Empresa Colaboradora .....

Fecha de la baja médica ..... Fecha del alta médica .....

#### 4. DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA

Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.

Copia de la solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.

Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

3



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre del solicitante: DNI - NIE - pasaporte

Clave de identificación de su expediente: Registro del INSS

Funcionario de contacto:

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, EMITIDA POR LA MUTUA DE AT Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL O EMPRESA COLABORADORA

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN(1) EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:
1 [ ] Historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal de que se trata.
2 [ ] Copia de la solicitud del historial clínico a la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
3 [ ] Copia del alta médica emitida por la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora.
4 [ ] Otros documentos
Recibí Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números .....
Firma
Cargo y nombre del funcionario .....
Fecha ..... Lugar .....

Servicio de Producción Gráfica/2009 C-062

(1) La documentación requerida deberá presentarla en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde la fecha en la que le haya sido requerida.

El incumplimiento del plazo señalado se entenderá que desiste de la misma, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99). Si, por el contrario, la presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar se iniciará a partir de la fecha de recepción de los documentos solicitados

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99) y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, BOE del día 14).

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- 1.- **DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES.**- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente. Indique su profesión así como las tareas habituales de su actividad laboral. En este apartado nos puede facilitar su número de móvil y la dirección de correo electrónico para contactar con usted por estos medios y agilizar las comunicaciones.
- 2.- **MOTIVOS DE SU DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA.**- Indique los motivos que tiene para mostrar su disconformidad con el alta médica emitida.
- 3.- **DATOS DE LA ENTIDAD COLABORADORA Y DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES, QUE MOTIVA LA DISCONFORMIDAD.**- En este apartado nos debe indicar el nombre de la Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora, así como las fechas de baja y alta médica del proceso de incapacidad temporal del que solicita revisión.
- 4.- **DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA.**- A esta solicitud, con el fin de que este Instituto conozca los antecedentes médico-clínicos existentes con anterioridad, debe acompañar **NECESARIAMENTE** el historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal del que solicita revisión o, si no dispone del mismo, copia de la solicitud de dicho historial a la entidad colaboradora (Mutua de AT y EP de la Seguridad Social o Empresa Colaboradora) y, en este último caso, adjuntar copia del alta médica que origina la presente revisión.
- 5.- **ALEGACIONES.**- Si desea añadir algo, que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, consígnelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

### EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de la Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

Si no presenta estos documentos, entenderemos que desiste de la petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99).

### RECUERDE:

**El trabajador que inicie el procedimiento de revisión, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente su solicitud o en el siguiente día hábil.**

A tal fin, este modelo, además de una copia para usted, contiene otra, con los datos básicos de la revisión, para que comunique a su empresa el inicio del procedimiento.

Ambas copias sólo tendrán validez cuando hayan sido presentadas y registradas.

Las resoluciones emitidas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el ejercicio de las competencias establecidas en el artículo 4 del Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de artículo 71.2 del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril. Lo que se hará constar en la resolución que se dicte.