

# SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA DE IT

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

### EN TODOS LOS CASOS DNI-NIE-PASAPORTE

**SUPUESTO A)** Proceso anterior de incapacidad temporal derivado de un accidente de trabajo(\*), con alta médica y proceso posterior con baja por enfermedad común emitida por el Servicio Público de Salud.

- Parte de baja médica por contingencias comunes (P 9).
- Parte de baja y alta por accidente de trabajo.
- Parte de accidente de trabajo.

También puede presentar los siguientes documentos:

- Informes y pruebas médicas que puedan ayudar a determinar la contingencia.
- Partes de baja y alta de los procesos anteriores que puedan tener relación con el proceso por el que se solicita la valoración.
- Cualquier otro documento que pueda ayudar a determinar la contingencia.

**SUPUESTO B)** Proceso de incapacidad temporal por enfermedad común y reclamación de accidente de trabajo(\*) sin parte de accidente de trabajo y negativa de la Mutua a expedir parte de baja por accidente de trabajo.

- Parte de baja médica por contingencias comunes (P 9).
- Informe de la empresa donde se especifique la actividad del trabajador, así como las circunstancias concurrentes en la fecha del posible accidente (horario de trabajo, categoría profesional.)

También puede presentar los siguientes documentos:

- Informes y pruebas médicas que puedan ayudar a determinar la contingencia.
- Partes de baja y alta de los procesos anteriores que puedan tener relación con el proceso por el que se solicita la valoración.
- Cualquier otro documento que pueda ayudar a determinar la contingencia.

**SUPUESTO C)** Proceso de incapacidad temporal derivado de un accidente de trabajo(\*) que se pretende sea declarado por enfermedad común.

- Parte de baja médica por accidente de trabajo.
- Parte de accidente de trabajo.
- Informe de la empresa donde se especifique la actividad del trabajador, así como las circunstancias concurrentes en la fecha del posible accidente (horario de trabajo, categoría profesional).

También puede presentar los siguientes documentos:

- Informes y pruebas médicas que puedan ayudar a determinar la contingencia.
- Partes de baja y alta de los procesos anteriores que puedan tener relación con el proceso por el que se solicita la valoración.
- Cualquier otro documento que pueda ayudar a determinar la contingencia.

**SUPUESTO D)** Proceso actual de incapacidad temporal por enfermedad común que tiene su origen en un proceso finalizado derivado de accidente de trabajo(\*)

- Parte de baja médica por contingencias comunes (P 9).
- Parte de baja y alta por accidente de trabajo.
- Parte de accidente de trabajo.

También puede presentar los siguientes documentos:

- Cualquier otro documento que pueda ayudar a determinar la contingencia.

(\*) *En caso de que el motivo de la solicitud de determinación de la contingencia sea derivada de un proceso de IT por enfermedad profesional, las referencias realizadas al accidente de trabajo, se entenderán hechas a la enfermedad profesional incorporando en todos los casos informe del servicio de prevención de la empresa sobre los riesgos.*



## SOLICITUD DE DETERMINACION DE LA CONTINGENCIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su solicitud.

**Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)**

### 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre				
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad		Provincia			País			
Correo electrónico			DNI-NIE-Pasaporte			Núm. de Seguridad Social			

### 2. DATOS DEL PROCESO DE DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA

Percibe en la actualidad subsidio de Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de la Baja Médica
Existe un proceso anterior relacionado a su juicio con el actual	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Indique fecha del Alta Médica
Si existe parte de accidente de trabajo relacionado con este proceso indique la fecha de A. T.: .....		

### 3. ALEGACIONES Exponga en este apartado los motivos de su solicitud

### 4. DOCUMENTOS A PRESENTAR (Ver apartado referido a documentación)

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse durante el trámite de la misma.

MANIFIESTO mi consentimiento para la consulta u obtención de una copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para la consulta de mis datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud.

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

Firma del solicitante



Registro INSS

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI - NIE - Pasaporte

SOLICITUD DE DETERMINACION DE LA CONTINGENCIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

DOCUMENTOS EN VIGOR QUE SE LE REQUIEREN(1) EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

- 1 DNI, pasaporte o equivalente, NIE.
2 Certificado de la empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales.
3 Documentos de cotización de los últimos meses.
4 Parte de baja médica por contingencias comunes (P 9).
5 Parte de baja y alta por accidente de trabajo.
6 Parte de accidente de trabajo.
7 Parte de baja médica por accidente de trabajo.
8 Informes y pruebas médicas que puedan ayudar a determinar la contingencia.
9 Partes de baja y alta de los procesos anteriores que puedan tener relación con el proceso por el que se solicita la valoración.
10 Informe de la empresa donde se especifique la actividad del trabajador, así como las circunstancias concurrentes en la fecha del posible accidente (horario de trabajo, categoría profesional.)
11 Otros documentos.

Recibí

Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números:

Firma

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

DILIGENCIA DE COMPULSA: A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por el solicitante.

Firma

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

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