

# DATOS QUE DEBE FACILITAR LA EMPRESA EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL



**Fraternidad  
Muprespa**

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social n.º 275

Domicilio social: Pl. Cánovas del Castillo, 3 - 28014 MADRID  
C.I.F.: G-82287228 [www.fraternidad.com](http://www.fraternidad.com)

## DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellidos	N.A.F	C.C.C.	Fecha E.P.

## MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA ADOPTADA POR LA EMPRESA

Puede seleccionar una o varias de las siguientes:

<input type="checkbox"/>	Asunción Personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención propio
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención ajeno
<input type="checkbox"/>	Trabajador/es designado/s
<input type="checkbox"/>	Servicio de prevención mancomunado
<input type="checkbox"/>	Ninguna / No Existe

## CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN LABORAL

Por favor, respondan **Sí** o **No** a las siguientes preguntas:

¿Existe evaluación de riesgos del puesto de trabajo?	
¿Existe información a los representantes de trabajo en materia de seguridad e higiene en el trabajo?	
¿Se ha efectuado reconocimiento médico periódico?	
¿Existe informe de riesgo de Enfermedad Profesional por el empresario?	

En caso de que el trabajador realice su actividad como subcontratado o cedido por ETT, indique el CCC de la Empresa Usuaria o Subcontratista:

**CCC:**

## CUESTIONARIO DE DATOS ECONÓMICOS

### A) Base de Cotización Mensual

En el Mes Anterior	
Días Cotizados	

### B) Base de Cotización Anual

Por Pagas Extraordinarias	
Por Horas Extraordinarias	
Por Otros Conceptos	

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Sello de la Empresa* \_\_\_\_\_