

Fecha de entrada:

Nº Expediente: _____

(A rellenar por Mutua)

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

MUY IMPORTANTE: LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE SOLICITA NO PODRÁ RECONOCERSE SI PREVIAMENTE NO LE HA SIDO EXTENDIDO POR MUTUA EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE SE ESTABLEZCA LA EXISTENCIA DEL RIESGO PARA EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-TIE
-----------------	------------------	--------	-------------

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD **RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**Fecha de suspensión del contrato
Fecha probable del parto

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

 RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURALFecha de suspensión del contrato
Fecha nacimiento del hijo

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible

3. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF %

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

 Tabla general, Número de hijos Tabla de pensiones Tipo voluntario

%



4. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

	ENTIDAD FINANCIERA	Núm. AGENCIA O SUCURSAL	DOMICILIO	Núm.
CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
Número Código Cuenta Cliente(CCC)				
ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	D.C	NÚMERO DE CUENTA	

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a MUTUA cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

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

, a de de 20

Firma de la solicitante

**DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO
O DE FUNCIONES COMPATIBLES**

D/D^a.
con DNI-NIE-TIE en calidad de con núm. de código de cuenta
del organismo o empresa de cotización y
domicilio
núm Localidad C.postal Provincia
Teléfono Correo Electrónico

DECLARA que:

D^a. socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta
empresa con número de la Seguridad Social y
DNI-NIE- TIE

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado¹

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes

3.- En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa.

4.- Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo con fecha:

a de de 20
(Firma y sello de la empresa)

¹ Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.

NOTA: Este documento, Junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MUTUA, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que MUTUA notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

**CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE LAS
PRESTACIONES ECONÓMICAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA
NATURAL**

Sólo para las solicitudes de las trabajadoras por cuenta ajena

D/D^a con DNI – NIE-TIE
que desempeña en la empresa el cargo de
CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de
cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social					Código de cuenta de cotización		
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia			Teléfono		

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y Nombre				DNI- NIE-TIE			
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Código postal		Localidad		Provincia	Número de la Seguridad Social		
Profesión		Grupo de cotización			Fecha de suspensión del contrato de trabajo		

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)							
Base de contingencias laborales			Núm. de días		Base de contingencias comunes		Núm. de días
b) Bases de cotización, por horas extraordinarias y otros ^(*)							
Base de contingencias laborales			Núm. de días		Base de contingencias comunes		Núm. de días
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo							
					RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA		
Año	Mes	Núm.días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Base AT/EP	Trabajadora	Fija	Eventual
TOTALES					Núm. jornadas reales mes anterior a la baja.....		
					Salario real de la trabajadora.....€/día		

, a de de 20
Firma y sello

^(*)Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de MUTUA ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

- 1.- Declaración de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente.
- 2.- Comunicación de datos al pagador a efectos de la retención de IRPF (Modelo 145) y fotocopias del libro de familia.
- 3.- Certificado de cotizaciones de la empresa.

MUTUA INFORMA

La trabajadora y la empresa estarán obligada a comunicar a MUTUA cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de MUTUA, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MUTUA, podrá ser presentado por Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa. En estos casos, el plazo de treinta días para que MUTUA acuerde el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho Informe. De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a Mutua Universal.