

**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 NATURAL**Fecha 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, Nº 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		
<b>Número Código Cuenta Cliente(CCC)</b>					
<b>ENTIDAD</b>	<b>OFICINA/SUCURSAL</b>	<b>D.C</b>	<b>NÚMERO DE CUENTA</b>		

**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 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA SOBRE LA  
INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES**

**D/D<sup>a</sup>.** .  
con DNI-NIE-TIE en calidad de con número de código de cuenta  
del organismo o empresa de cotización y  
domicilio núm.  
Localidad C. postal Provincia  
Teléfono Correo electrónico

**DECLARA** que:

**D<sup>a</sup>.** como trabajadora por cuenta propia o autónoma del RETA  
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 estado<sup>1</sup>

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.- Por ello, se ha decidido el cese en la actividad de la trabajadora autónoma con fecha:

a de 20  
(Firma y sello de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia)

**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD**

<sup>1</sup> 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.

(Sólo para las Solicitudes de las Trabajadoras Autónomas,  
salvo las incluidas en el SETA y las TRADE)

D./Dña. \_\_\_\_\_, con  
Número de afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_ con  
D.N.I. \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_, **declara**  
**bajo su responsabilidad** que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza \_\_\_\_\_ SI  
NO<sup>(\*)</sup>

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en \_\_\_\_\_  
Tfno.: \_\_\_\_\_ que la actividad económica, oficio o profesión es la de \_\_\_\_\_,  
y que durante la situación de suspensión de la actividad queda en la siguiente situación:

1.-  Gestionado por:

**A.- Familiar:**

D./Dña \_\_\_\_\_  
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Núm. Documento Nacional de Identidad \_\_\_\_\_  
Código cuenta cotización de la empresa \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_

**B.- Empleado del establecimiento:**

D./Dña \_\_\_\_\_  
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Núm. Documento Nacional de Identidad \_\_\_\_\_  
Código cuenta cotización de la empresa \_\_\_\_\_

**C.- Gestionado por otra persona:**

D./Dña \_\_\_\_\_  
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Núm. Documento Nacional de Identidad \_\_\_\_\_  
Código cuenta cotización de la empresa \_\_\_\_\_

2.- Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de suspensión de la actividad del titular del establecimiento.

3.- O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de \_\_\_\_\_  
que tiene su domicilio en \_\_\_\_\_, Tfno.: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma, \_\_\_\_\_

<sup>(\*)</sup> Si se marca la casilla NO deberá cumplimentar el punto 3.

### **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 trabajadora autónoma sobre la inexistencia de puestos de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora. Si la trabajadora por cuenta propia presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, la declaración deberá ser cumplimentada por el administrador de la sociedad. 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)
- 3.- En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
  - 3.1-Declaración de situación de la actividad (no aplicable a las trabajadoras del SETA ya las TRADE).
  - 3.2-Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico.

### **MUTUA INFORMA**

La trabajadora estará 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.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MUTUA.