

Fecha de entrada:
Nº Expediente: _____

A rellenar por Mutua

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO SOBRE LA EXISTENCIA 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 la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		DNI - NIE - TIE				
Fecha de nacimiento	Núm. de teléfono	Teléfono móvil	Dirección de correo electrónico			Núm. afiliación a la Seguridad Social				
Domicilio (calle o plaza) a efectos fiscales						Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal		Localidad			Provincia					
Trabajadora de alta en Seguridad social (tachar casillas como proceda)										
Trabajadora por cuenta propia		<input type="checkbox"/> Trabajadora del SETA <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> Autónoma que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores								
Trabajadora por cuenta ajena (tipo de contrato)		Fijo		Fijo discontinuo (Fin de campaña)			Eventual (fin de contrato)			
		<input type="checkbox"/> A tiempo parcial								

2. DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA

Se solicita el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la solicitante por:

<input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo: Semana de gestación a esta fecha:	<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural: Fecha del parto:
Fecha prevista de parto:	Fecha de finalización del permiso de maternidad:
¿Es embarazo gemelar?	¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (Si se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al otro progenitor) <input type="checkbox"/> NO

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado o mantenido en los últimos seis meses

Fecha de la baja médica	Fecha de alta médica	¿La baja tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia?
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(si ha contestado que sí ha tenido algún proceso de incapacidad temporal relacionado con su situación de embarazo o lactancia, le rogamos aporte la información médica de que disponga)

MUY IMPORTANTE: EL CERTIFICADO MÉDICO QUE SOLICITA JUSTIFICARÁ EN SU CASO LA NECESIDAD DEL CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO O DE LAS FUNCIONES QUE REALIZA. SÓLO SI DICHO CAMBIO NO SE PRODUCE POR LOS MOTIVOS PREVISTOS LEGALMENTE, PODRÁ ACCEDER CON POSTERIORIDAD A LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL.

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL

3.1 TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA

DATOS DE LA EMPRESA (A CUMPLIMENTAR POR LAS TRABAJADORAS)			
Razón Social		Tipo de contrato	Código Cuenta Cotización
Domicilio (calle o plaza y núm.)	Código Postal	Localidad	Provincia
<p>Describa con detalle las funciones que realiza</p> <p>Describa cómo se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado</p> <p>Indique por qué se ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de su puesto de trabajo</p> 			

3.2 TRABAJADORAS POR CUENTA PROPIA

DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL			
Actividad del negocio		Nombre comercial	
Código cuenta cotización		Dirección de correo electrónico	Teléfono
Domicilio (calle o plaza y número)	Código Postal	Localidad	Provincia
Describe con detalle las funciones que realiza			
Indique el número de trabajadores por cuenta ajena de su empresa	Indique el número de autónomos que trabajan en su misma empresa	¿Las funciones que Vd. realiza también las desarrollan otros trabajadores por cuenta ajena o autónomos de su empresa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Describe cómo ha procurado adaptar sus funciones a su actual estado			
Indique por qué ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de sus funciones			

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que tengo enterada de la obligación de comunicar a Mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me extienda el certificado médico que justifique la necesidad del cambio del puesto o funciones que desarrollo como consecuencia del riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

, a de de 20

Firma de la solicitante.

CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO

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

DECLARA que: D^a socia trabajadora/trabajadora/TRADE¹ de
esta empresa con núm. de la Seguridad Social y DNI-NIE-TIE

1.- Realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son

2.- Su categoría profesional es de

3.- Que los riesgos durante la situación de embarazo o lactancia natural, que se contemplan en la evaluación realizada por el servicio de prevención, son los siguientes (deberán describirse los riesgos con detalle, siendo preciso acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora la evaluación del puesto de trabajo)².

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que ³ figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa. previa consulta con los representantes de los trabajadores

5.- Las actuaciones desarrolladas para intentar adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo han sido las siguientes:

6.- En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo del trabajo³ ha sido posible, por lo que³ pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del la ctante. En su caso, la imposibilidad de adaptación se ha debido a las siguientes razones (describir detalladamente):

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

¹ Táchese lo que no proceda

² Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

³ Indicar si o NO

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de 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.- Fotocopia (por ambas caras) de DNI.
- 2.- En el caso de trabajadoras embarazadas, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.
- 3.- En el caso de trabajadoras en situación de lactancia natural, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la lactancia natural y la fecha del parto.
- 4.- En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - 4.1 - Certificado de la empresa, que se adjunta a este formulario, sobre la actividad que desarrolla y las condiciones de su puesto de trabajo.
 - 4.2 - Informe del servicio de prevención (vigilancia de la salud) con la relación de riesgos del puesto de trabajo.
 - 4.3 - Evaluación de Riesgos puesto de trabajo ocupado por la trabajadora.
 - 4.4 - Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo.
- 5.- En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
 - 5.1 - Fotocopia de los últimos tres recibos del abono de las cuotas al RETA.
 - 5.2 - Si la trabajadora presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, el certificado que se adjunta deberá ser cumplimentado por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente. En los demás casos de trabajadoras por cuenta propia, no deberá cumplimentarse dicho certificado.

MUTUA INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integren el expediente tramitado por MUTUA, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y la 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.

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, 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.