

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



Sello de entrada de Mutua Universal

CASO:

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. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Solicito que esta solicitud se gestione a través de representante legal:

<input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otros apoderados			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI / NIE / Pasaporte
Domicilio		E-mail	
Población	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono móvil

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD

- RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
 RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

4. DATOS FISCALES

4.1	Tipo voluntario de retención IRPF: _____ %
<p>Recuerde: En el caso de que no hubiera optado por elegir un tipo voluntario del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará, a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general, teniendo en cuenta para el cálculo del tipo a retener los importes ya abonados sin retención.</p>	

4.2	Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL (Araba, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra), a efectos de retención por IRPF desea que se aplique:							
Tabla general <input type="checkbox"/>		Número de hijos _____			Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/>			
Discapacidad (grado de minusvalía reconocido):							Igual o superior al 33% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>
¿Obligado a satisfacer pensión compensatoria por resolución judicial? (en caso afirmativo consignar importe y adjuntar resolución judicial).								
4.3	Hijos a cargo (1)							
Apellidos y Nombre		DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Porcentaje de discapacidad	Trabaja (Si/No)	Rentas año anterior	Rentas año en curso
<p>(1): A los efectos de establecer los límites de la cuantía de la prestación de incapacidad temporal cuando la misma debe recalcularse en cuantía de desempleo, los hijos a cargo se consideran en todo caso los menores de 26 años o mayores con incapacidad en grado igual o superior al 33%, siempre que convivan con el solicitante de la prestación y carezcan de rentas iguales o superiores al SMI (salario mínimo interprofesional), excluida la parte proporcional de pagas extraordinarias.</p> <p>Sin embargo, según la normativa fiscal en materia de IRPF, el concepto de hijo a cargo tiene diferente tratamiento en los Territorios Forales (Araba, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra) que en el resto del Estado para establecer el porcentaje de retención aplicable al importe de la prestación de pago directo.</p> <p>En el primer caso afecta a los menores de 30 años y mayores incapacitados y en el segundo a los menores de 26 años y mayores incapacitados, con los mismos requisitos de convivencia y rentas que los indicados en el párrafo anterior.</p>								

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

El beneficiario efectúa Declaración Responsable Expresa de ser el titular de la siguiente cuenta bancaria en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada.															
CÓDIGO IBAN (Código internacional de cuenta bancaria, 24 dígitos)															
<i>Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria. En caso que el titular de la cuenta no coincida con el beneficiario de la incapacidad temporal, no se autorizará el abono de la prestación.</i>															

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.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma de la solicitante

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la legitimación del tratamiento de sus datos es la base legal, y que se tratarán con las siguientes finalidades:

- Gestión para tramitar una prestación por riesgo durante el embarazo o la lactancia

Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.

Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Cumplimente todos los campos con la información solicitada 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.

SI DESEA QUE SUS GESTIONES CON ESTA ENTIDAD SEA EMPLEANDO MEDIOS TELEMÁTICOS NO OLVIDE TRAMITAR EL DOCUMENTO DE AUTORIZACION PARA LA COMUNICACIÓN POR VIA ELECTRÓNICA DISPONIBLE EN NUESTRO CENTRO.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (Documento Original)
2. Certificado de Empresa de bases de cotización.
3. Comunicación de datos al pagador (Art 88 del Reglamento del IRPF). Modelo 145 (documento original). excepto si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL (Navarra, Álava, Guipúzcoa, Vizcaya) que deberá cumplimentar el apartado 3.1 y 3.2 de datos fiscales.
4. Certificado de titularidad bancaria u otro documento acreditativo original de ser titular de la cuenta bancaria informada.
5. En caso de actuar a través de tutor u otro apoderado, fotocopia del DNI y/o documentación acreditativa.

Le informamos que se le podrá requerir documentación complementaria si se considera necesario para el correcto trámite de la solicitud de esta prestación.

Documentación específica para trabajadoras por cuenta propia o autónomas:

6. Justificante de cotización del último mes. Cuando tenga concedido un aplazamiento en las cuotas con la TGSS, se deberá adjuntar fotocopia de la resolución y justificante del pago de los aplazamientos.
7. Declaración de la situación de actividad.

MUTUA UNIVERSAL INFORMA

En cualquier momento Vd. puede dirigirse a nuestras oficinas o servicios médicos. Estamos a su plena disposición para ayudarle, asesorarle e informarle.

La documentación debe ser presentada presencialmente por el propio trabajador o el representante legal debidamente autorizado o por correo ordinario.

Si la documentación se avanza por correo electrónico que el solicitante previamente ha autorizado para la gestión de trámites telemáticos con Mutua Universal (alta en el Portal Paciente de Mutua), se aceptará e iniciará el pago de la prestación económica. Si en el plazo máximo de 30 días no se dispone de los documentos originales indicados en el apartado anterior, se bloqueará el pago directo.

En cualquier caso, NO se admitirá documentación recepcionada a través de una dirección de correo electrónico que no se encuentre vinculada al Paciente/Usuario.

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 indebida 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.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebida 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.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal- Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la legitimación del tratamiento de sus datos es la base legal, y que se tratarán con las siguientes finalidades:

- Gestión de las prestaciones de la Seguridad Social

Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.

Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: www.aepd.es.