Mutua Universal | Mugenat. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 10

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO SOBRE LA EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL CUENTA PROPIA

CASO:

Sello de entrada de Mutua Universal

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.

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.

1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI - NIE - TIE

Fecha nacimiento	Teléfono	Móvil	Correo electrónico	Núm. Afiliación Seg. Social

Domicilio (calle o plaza) a efectos fiscales	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta

Código Postal	Localidad	Provincia

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:

2.1.	**Riesgo durante el embarazo:**				
Semana de gestación a esta fecha:		Fecha prevista de parto		¿Es embarazo gemelar? (SI/No):	

2.2.	**Riesgo durante la lactancia natural:**		
Fecha del parto:		Fecha de finalización del permiso de maternidad	
¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad? (SI / NO)			
Si indica que sí, deberá consignar la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al otro progenitor:			

2.3	**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 (SI/NO)

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

Que actúa como:	☐ Tutor	☐ Otros apoderados
Razón Social/Nombre del representante	CIF/DNI	Nº RED (asesor)
Persona de contacto	E-mail (**campo obligatorio**)	Teléfono
Dirección completa:		

4. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL

Actividad del negocio		Nombre comercial	
Código Cuenta Cotización		Dirección de correo electrónico	Teléfono
Domicilio (calle o plaza y número)	Código Postal	Localidad	Provincia
Categoría profesional			

Describa 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? (SI / NO)

Describa cómo ha procurado adaptar sus funciones a su actual estado:

Indique por qué ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de su puesto de trabajo:

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 base que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal, y que se trataran 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

5. RIESGOS LABORALES

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 con las mediciones y especificaciones de cada riesgo)[1].

5.1	**Riesgos por agentes físicos:**			
a.	*Radiaciones:*			
	Ionizantes. Dosis efectiva (msv/año):		No ionizantes (SI/NO)	
b.	*Vibraciones:*			
	Exposición diaria de cuerpo entero (m/s2):			
c.	*Temperaturas extremas (frio o calor):*			
	Trabajos sedentarios (ºC):		Tiempo de exposición (horas / día):	
	Trabajos no sedentarios (ºC):		Tiempo de exposición (horas / día):	
d.	*Ruido:*			
	Nivel diario equivalente (dB(A)):			
e.	*Atmosferas de sobrepresión elevada e ingravidez* (SI/No):			

5.2	**Riesgos por agentes químicos**	
	Enumerar sustancia/s tóxicas	
	Tipo de exposición (Inhalatoria / Dérmica):	

5.3	**Riesgos por agentes biológicos**	
	Enumerar:	

5.4	**Riesgos por condiciones de trabajo**					
				Tiempo de Exposición		
				Más 5h/día	3-5 h/día	2-3 h/día
a.	Manejo de Cargas	Kg Repeticiones / Hora				
b.	Escalas y Postes verticales	Repeticiones / Hora				
c.	Escaleras Manuales	Repeticiones / Hora				
d.	Flexionar Tronco	Repeticiones / Hora				
e.	Bipedestación Estática	Si ☐	No ☐			
f.	Bipedestación Dinámica	Si ☐	No ☐			

5.5	**Informar horario**				
	Horario				Días de la semana
	De		A		
	De		A		
	De		A		
	De		A		
	De		A		

Tipo de jornada y horas	Postura de trabajo	Ritmo de descansos o cambio de postura cada
☐ Intensiva	☐ De pie sin moverse	☐ 2 horas o menos
☐ Partida	☐ De pie en movimiento	☐ 3 horas
☐ < 20 hr / semana	☐ Sentada y de pie	☐ 4 horas o más (precisa acreditación firmada)
☐ 21 – 40 hr / semana	☐ Sentada	

5.6	Trabajo en solitario (SI / NO)	

5.7	Otros riesgos no especificados en apartados anteriores	

5.8	Que el puesto de trabajo desempeñado[2] (SI / NO) _____ 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 (la relación deberá acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora).

5.9	En cumplimiento del artículo 26 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, indique las medidas que ha adoptado la empresa para reducir o evitar la exposición a los riesgos, a través de la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo de la empleada:

5.10	En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo del trabajo[3] NO ha sido posible, por lo que, SI pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del lactante. En su caso, la imposibilidad de adaptación se ha debido a las siguientes razones (describir detalladamente):

[1] Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
[2] Indicar SI o NO.
[3] Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

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 base que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal, y que se trataran 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 letra mayúscula
- 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.

En cumplimiento del art. 39.5 del Real Decreto 295/2009, Mutua Universal dispone de 30 días para la resolución de dicha solicitud.
SI DESEA QUE SUS GESTIONES CON ESTA ENTIDAD SEA EMPLEANDO MEDIOS TELEMÁTICOS NO OLVIDE TRAMITAR EL DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA DISPONIBLE EN NUESTRO CENTRO.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural cuenta propia (documentación original).
2. Fotocopia (por ambas caras) de DNI.
3. 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.
4. 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.
5. En el caso de actuar a través de tutor u otro apoderado, fotocopia del DNI y/o documentación acreditativa.
6. En aquellos casos en que la trabajadora por cuenta propia presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil deberá ser cumplimentado el punto 5.8, 5.9 y 5.10 de esta solicitud por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), dichos puntos deberán ser cumplimentados por el representante legal del cliente. En ambos casos la solicitud deberá ir acompañada de la firma o sello del administrador de la sociedad o del representante legal del cliente junto con la firma de la solicitante.

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.

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 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 base que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal, y que se trataran 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.