

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE:

 EL EMBARAZO / LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D.N.I. / N.I.E.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº afiliación a la S.S.	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Pta.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código postal	Localidad	Provincia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

2. SITUACIONES PREVIAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

- ¿Se encuentra usted actualmente en situación de incapacidad temporal? SI NO
- ¿Ha tenido algún proceso de incapacidad temporal en los últimos 6 meses? SI NO
- Si ha respondido que **SÍ** a alguna de las preguntas anteriores:
¿La baja médica tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia natural? SI NO

(Si ha contestado que si ha tenido algún proceso de incapacidad temporal con una situación de embarazo o lactancia, le rogamos aporte la información médica que disponga en la revisión con el facultativo de Fraternidad-Muprespa)

3. DATOS DE LA EMPRESA

Razón social	C.C.C. / N.A.F.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Describa **detalladamente** las tareas que realiza

4. DATOS BANCARIOS Y FISCALES

Titular de la cuenta	Nombre de la entidad				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Datos de la Cuenta Bancaria	Código IBAN:	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de la cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si desea que se le aplique un tipo de retención de IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo a continuación:

Tipo voluntario de retención por IRPF %

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

SOLICITO información del estado de la tramitación a través de SMS

En: , a de de

Firma de la solicitante

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

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

DOCUMENTOS QUE SE DEBERÁ PRESENTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

Todas las solicitudes deberán venir acompañadas de:

- Fotocopia del DNI (por ambas caras)
- Impreso a efectos IRPF (modelo 145 de la Agencia Tributaria)

Trabajadora por cuenta ajena:

- Certificado de Empresa sobre Bases de Cotización [**Modelo FED-0032-CEBC01**]

Trabajadora por cuenta propia o autónoma:

- Fotocopia de los últimos tres recibos del abono de las cuotas*
- Declaración de situación de actividad

(* *Estos documentos también deberán ser presentados por los trabajadores por cuenta ajena obligados al ingreso de sus cuotas.*)

ADICIONALMENTE PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

- Informe médico Servicio Público Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable de parto** [**Mod. FED-0024-REL02**]
- Declaración empresarial de situación de riesgo [**Modelo FED-0031-REL03**]
- Evaluación del puesto de trabajo ("Disposición adicional segunda del RD 295/2009, de 6 de marzo y art. 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales")

(**) *Si el informe médico del SPS no fuera realizado en el modelo oficial de la Mutua se deberán presentar adicionalmente todos los informes médicos y seguimientos ginecológicos que permitan acreditar que no ha existido ni existe ninguna complicación inherente al propio embarazo.*

ADICIONALMENTE PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

- Informe médico Servicio Público Salud que acredite la lactancia natural
- Libro de familia con inscripción del hijo lactante
- Declaración empresarial de situación de riesgo [**Modelo FED-0031-REL03**]
- Evaluación del puesto de trabajo ("Disposición adicional segunda del RD 295/2009, de 6 de marzo y art. 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales")

REVISIÓN MÉDICA

En cualquier momento la Mutua podrá requerir a la trabajadora para comparecer a controles médicos, a dichos controles deberá comparecer con toda la información médica de la que disponga en relación con su embarazo o lactancia natural.

FRATERNIDAD-MUPRESA INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integren el expediente tramitado ante la 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 **FRATERNIDAD-MUPRESA** cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio.

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.

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 obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.