

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 FREMAP el certificado médico en el que se establezca la existencia del riesgo para el embarazo o la lactancia natural.

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre:

DNI

Correo electrónico

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Fecha de inicio de la suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha probable del parto

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Fecha de inicio de la suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha nacimiento del hijo

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. SITUACIÓN PROTEGIDA

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado o mantenido desde que FREMAP le emitió el certificado médico de la situación de riesgo:

Fecha de la baja médica Fecha del alta médica ¿La baja tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia?

SI NO

SI NO

SI 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 en la revisión con el facultativo de FREMAP).

4. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general. Número de hijos:

Tabla de pensiones

Tipo voluntario

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

Banco

IBAN:

Dirección de la Sucursal:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CON FINES ADMINISTRATIVOS

Al amparo de los artículos 6.1 a) y 9.2 a) del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, FREMAP, como Responsable del tratamiento, solicita su autorización para la comunicación con su empresa que se indica a continuación, que si bien no está específicamente prevista en la Ley pueden ser necesaria para un más inmediato cumplimiento de las obligaciones que corresponden al empresario y una más ágil gestión de las prestaciones de Seguridad Social que competen a la Mutua, informándole que el consentimiento es libre y voluntario por lo que la no prestación del mismo o su retirada no ocasionará ninguna consecuencia adversa, si bien el reconocimiento de las prestaciones que pudieran corresponderle podrían demorarse por causas ajenas a FREMAP.

Se solicita su consentimiento para recabar de su empresa -o la persona física o jurídica que realice por cuenta de esta gestiones administrativas- los datos económicos necesarios para la determinación del subsidio de incapacidad temporal que pueda corresponderle, con la finalidad de comprobar de manera inmediata la corrección del cálculo de las prestaciones económicas a las que usted pueda tener derecho

Tipo de datos que se tratarán: Datos identificativos y económicos (recibos de salarios y documentos de cotización).

NO doy mi consentimiento

SI doy mi consentimiento.

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 FREMAP cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

En

, a

de

de

(Firma del trabajador)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

(www.aepd.es)

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

No cumplimentar en el caso de empleadas del hogar. En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena, es preceptivo acompañar con este documento el informe del servicio de vigilancia de la salud de la empresa al que se refiere el apartado 3.

D/D^a.

con DNI/NIE/TIE en calidad de

del organismo o empresa

con CCC

domicilio

núm.

Localidad

C. Postal

Provincia

Teléfono

Correo Electrónico

DECLARA en relación con el cambio de puesto de trabajo o funciones de:D^a. socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta.

empresa con núm. 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 ⁽¹⁾.

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. En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa (no aplicable a las trabajadoras autónomas).

4. Por ello, se ha decidido que la suspensión del contrato de trabajo o el cese en la actividad de la trabajadora autónoma se inicie con fecha:

En , a de de

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

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado. (Volver al punto 1)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

NOTA: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, 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 FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP 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 misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Deberá acreditar su identidad con la firma de esta solicitud mediante certificado digital o, en su defecto, con la presentación en persona del original del DNI o documento oficial que lo sustituya, que será cotejado por FREMAP y le será devuelto (por favor, en ningún caso debe aportarse con el resto de documentación fotocopia del DNI). En lugar de lo indicado, para evitar la personación física en las oficinas de FREMAP, podrá optar por aportar un certificado actualizado de la titularidad de la cuenta corriente que ha consignado para el abono de la prestación, debiendo aparecer como titular en dicho certificado o, en su defecto, un recibo bancario con algún cargo, de fecha no anterior al mes previo a la solicitud, en el que conste completo el IBAN y su titularidad de la cuenta corriente de cargo.
2. En el caso de trabajadoras embarazadas, informe actualizado del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto, para el supuesto de que en el certificado médico emitido por FREMAP no se hubiese considerado presente el riesgo en el momento de su solicitud, pero si la posibilidad de concurrencia en una fecha posterior.
3. Declaración de la empresa o 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.
4. En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - a. Informe del Servicio de Vigilancia de la Salud de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora (artículo 39.4.b. del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo).
 - b. Certificado de cotizaciones de la empresa.
5. En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
 - a. Declaración de situación de la actividad (no aplicable a las trabajadoras del SETA y a las TRADE).
 - b. Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico. De no aportarse los recibos correspondientes al mes en que se suspenda la actividad o el del mes previo a éste, se presumirán abonados pero la mutua deberá proceder a comprobarlo con posterioridad, reclamando en su caso las prestaciones indebidamente percibidas.
6. En el caso de las empleadas del hogar:
 - a. Declaración del titular del hogar familiar, que se adjunta con este formulario.
 - b. Certificado de cotizaciones del empleador, mediante el formulario que le entregará FREMAP.
7. Y el modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado (excepto País Vasco y Navarra, supuestos en los que debe acompañarse, en su lugar, fotocopia del Libro de Familia para acreditar la fecha de nacimiento de los hijos).

FREMAP INFORMA

La trabajadora estará obligada a comunicar a FREMAP 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 a 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.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.