



FREMAP

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades
Profesionales de la Seguridad Social Número 61

Fecha de Entrada

A rellenar por FREMAP

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 – NIF:

Correo Electrónico:

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Fecha de suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha probable del parto

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Fecha de 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:



FREMAP

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades
Profesionales de la Seguridad Social Número 61

Fecha de Entrada

A rellenar por FREMAP

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.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

En

, a

de

de

Firma del solicitante.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, 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 FREMAP, 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 FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).

Mediante la firma de esta solicitud, Vd. autoriza expresamente a FREMAP a comunicar a su empresa el acuerdo correspondiente de reconocimiento o denegación del derecho solicitado a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, con objeto de que por parte de la misma pueda darse cumplimiento a las obligaciones previstas para la empresa en la normativa vigente.

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. 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.
2. 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.
 - b. Certificado de cotizaciones de la empresa.
3. 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 la de los dos meses previos a éste, se presumirán abonados pero la mutua deberá proceder a comprobarlo con posterioridad, reclamando en su caso las prestaciones indebidamente percibidas.
4. 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.
5. Y el [modelo 145](#) de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado (excepto País Vasco y Navarra).

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.