

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 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:

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 COLABORADORA CON 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, así como aquellas otras entidades públicas que puedan gestionar prestaciones incompatibles con las reconocidas o que pudiera reconocer esta Mutua. 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, así como los acuerdos de suspensión, anulación y extinción de la misma, con objeto de que por parte de la misma pueda darse cumplimiento a las obligaciones previstas para la empresa en la normativa vigente.

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 núm. de C.C.C.

y domicilio

núm. Localidad

C. Postal

Provincia

Teléfono

Correo Electrónico

DECLARA en relación con el cambio de puesto de trabajo o funciones de:

D^a
empresa con núm. de la Seguridad Social

socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta
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](#))

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.

DECLARACIÓN DEL TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

D/D^a.

con DNI-NIE-TIE en calidad de titular del hogar familiar con núm. de C.C.C.

y domicilio

núm. Localidad

C. Postal

Provincia

Teléfono

Correo Electrónico

DECLARA que:

D^a.

empleada de este hogar familiar con núm. de la Seguridad Social

y DNI-NIE-TIE

1. Que en relación con la posibilidad de adaptación del puesto de trabajo o 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. Por ello, se ha decidido que la suspensión del contrato de trabajo se inicie con fecha:

En

, a

de

de

(Firma del titular del hogar familiar)

- (1) Declaración sobre la posibilidad de adaptación del puesto de trabajo o sobre la existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado. ([Volver al punto 1](#))

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 par te 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 trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP acuerde el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

DECLARACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Sólo para las Solicitudes de las Trabajadoras Autónomas, salvo las incluidas en el SETA y las TRADE

D. /Dña.,

con Número de afiliación a la Seguridad Social

con D.N.I.

y con domicilio en

declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza Sí No ⁽¹⁾

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en

Y tfno. que la actividad económica, oficio o profesión es la de

, y que durante la situación de suspensión de la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestionado por:

a. Familiar:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

Parentesco

b. Empleado del establecimiento:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

c. Gestionado por otra persona:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

Núm. Documento Nacional de Identidad

Código cuenta cotización de la empresa

2. Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de suspensión de la actividad del titular del establecimiento.

3. por el contrario, **declara** que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de que tiene su domicilio en , tfno.

En

, a

de

de

(Firma del trabajador)

(1) Si se marca la casilla **NO** deberá cumplimentar el punto 3. ([Volver a punto 1](#))

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 par te 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 trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP acuerde 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. 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, 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.