FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO SOBRE LA EXISTENCIA DE RIESGOS 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 la solicitud.
Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.
Puede solicitar cita previa en el centro asistencial de FREMAP más cercano, (a través del gestor de FREMAP que tiene asignada su empresa, lo que le será facilitado en el teléfono 900 60 061), donde aportará esta documentación ya cumplimentada. Asimismo, puede remitirla por correo y esperar a la citación de FREMAP.

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 DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre: _____ DNI – NIF: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Núm. de teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Correo Electrónico: _____ Nº de afiliación a la Seguridad Social: _____

Domicilio Personal: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____

Trabajador de alta en la seguridad social

Trabajador por cuenta propia:

☐ Autónoma que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil

☐ Trabajador del SETA ☐ TRADE ☐ Ninguno de los anteriores

Trabajador por cuenta ajena (tipo de contrato):

☐ Fijo ☐ Fijo discontinuo (fin de campaña) _____ ☐ Eventual (fin de contrato) _____

☐ A tiempo parcial _____ (horas al mes)

Empleada del hogar (tipo de relación laboral):

☐ Interna ☐ Jornada completa ☐ Un hogar familiar

☐ Externa ☐ Tiempo parcial _____ (horas al mes) ☐ Varios hogares familiares

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:

☐ Riesgo durante el embarazo:

Semana de gestación a esta fecha: _____ Fecha prevista de parto: _____ ¿Es embarazo gemelar? ◯ SI ◯ NO

☐ 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 se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al progenitor: _____)

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado o mantenido en los últimos seis meses:

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).

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Apellidos y Nombre: _____ DNI – NIF: _____

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL.

3.1. Trabajadoras por cuenta ajena y empleadas del hogar.

Razón Social: _____ Tipo de Contrato: _____

Código Cuenta Cotización: _____ Domicilio de la actividad: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Describa con detalle las funciones que realiza:

Describa cómo se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado:

Indique por qué se 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, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a **FREMAP** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me extienda el certificado médico que justifique la necesidad la necesidad del cambio del puesto o funciones que desarrollo como consecuencia del riesgo durante el embarazo o la lactancia natural

_____ a ____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante

Verifique que los datos de contacto facilitados son correctos y se encuentran actualizados, ya que podrán ser utilizados por FREMAP para realizar las comunicaciones necesarias relacionadas con la gestión y el seguimiento de su prestación, tanto por medios electrónicos como postales.

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)

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

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

CERTIFICADO DEL TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO

D/Dª. _____ con DNI-NIE-TIE _____

en calidad de titular del hogar familiar con número de código de cuenta de cotización _____ y domicilio completo _____ Localidad _____

C.P. _____ Provincia _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

DECLARA que Dª _____

empleada del hogar familiar con Núm. de la Seguridad Social _____ y DNI -NIE-TIE _____

1. Realiza las actividades que a continuación se indican, con las siguientes condiciones de trabajo y horario (detallar los días de trabajo a la semana y al mes, así como las horas diarias de trabajo):

2. Que los riesgos durante la situación de embarazo o lactancia natural son los siguientes (Deberán describirse los riesgos con detalle):

3. Las actuaciones desarrolladas para intentar adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo han sido las siguientes:

4. En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo (indicar SI o NO) ___ ha sido posible, por lo que (indicar SI o NO) ___ 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):

_____ a ___ de _____ de 20 ___

Firma del titular del hogar familiar

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.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

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 la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Esta solicitud deberá ser firmada mediante certificado digital o con firma original o presencial en las instalaciones de FREMAP, incluso cuando se hubiese cursado de forma anticipada mediante la plataforma FREMAP CONTIGO. En el caso de que la firma no sea mediante certificado digital, deberá acreditarse la identidad del solicitante 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). Si se remite la solicitud con la firma original, podrá evitarse la personación física en las oficinas de FREMAP para acreditar la identidad del solicitante mediante la aportación de un certificado actualizado de la cuenta corriente que haya 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 de la prestación, en el que conste completo el IBAN y su titularidad de la cuenta corriente de cargo.
2. 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.
3. 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.
4. En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
    - 4.1 Certificado de la empresa, que se adjunta a este formulario, sobre la actividad que desarrolla y las condiciones de su puesto de trabajo.
    - 4.2 Evaluación del puesto de trabajo, que le facilitará su empresa (“Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales”).
    - 4.3 Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo, que le facilitará su empresa (“Disposición adicional segunda del RealDecreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales”).
5. En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
    - 5.1 Fotocopia de los últimos dos recibos del abono de las cuotas al RETA. De no aportarse el recibo correspondiente al mes en que se suspenda la actividad o la 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.
    - 5.2 Si la trabajadora presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, el certificado que se adjunta deberá ser cumplimentado por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente. En los demás casos de trabajadoras por cuenta propia, no deberá cumplimentarse dicho certificado.
6. En el caso de empleadas del hogar:
    - 6.1 Contrato de trabajo.
    - 6.2 Certificado del titular del hogar familiar, que se adjunta a este formulario, sobre la actividad desarrollada y las condiciones de su puesto de trabajo.
    - 6.3 En el caso de que se solicite por el facultativo de FREMAP, deberá aportarse la evaluación de riesgos del puesto de trabajo, que el empleador podrá realizar gratuitamente mediante la herramienta ofrecida en el portal público Prevencion10.es

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.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA DE FREMAP

Puede solicitar cita previa en el centro asistencial de FREMAP más cercano, a través del gestor de FREMAP que tiene asignada su empresa o del teléfono 900 61 00 61, dónde aportará esta documentación ya cumplimentada. Asimismo, puede remitirla por correo y esperar a la citación de FREMAP.
A la revisión médica de la mutua deberá comparecer con toda la información médica de la que disponga en relación con su gestación o lactancia natural.

FREMAP INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integren el expediente tramitado por FREMAP, 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 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 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.

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

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.