FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

SOL·LICITUD DE CERTIFICAT MÈDIC SOBRE L'EXISTÈNCIA DE RISCOS DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud.
Abans de començar a escriure, llegiu detingudament tots els apartats, així com les instruccions d'emplenament.
Podeu sol·licitar cita prèvia al centre assistencial de FREMAP més proper, (a través del gestor de FREMAP que té assignada la seva empresa, el que li serà facilitat en el telèfon 900 60 061), on haureu d'aportar aquesta documentació ja emplenada. Així mateix, la podeu remetre per correu i esperar la citació de FREMAP.

MOLT IMPORTANT : EL CERTIFICAT MÈDIC QUE SOL·LICITEU JUSTIFICARÀ, SI ESCAU, LA NECESSITAT DEL CANVI DE LLOC DE TREBALL O DE LES FUNCIONS QUE REALITZEU. NOMÉS SI AQUEST CANVI NO ES PRODUEIX PELS MOTIUS PREVISTOS LEGALMENT, PODREU ACCEDIR AMB POSTERIORITAT A LA PRESTACIÓ DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL.

1. DADES PERSONALS DE LA SOL·LICITANT

Cognoms i nom: _____ DNI – NIF: _____

D. de naixement: _____ Núm. de telèfon: _____ Telèfon mòbil: _____

Adreça de correu electrònic: _____ Núm. d'afiliació a la Seguretat Social: _____

Domicili (carrer o plaça): _____ Població: _____

Província: _____ Codi postal: _____

Treballador d'alta a la Seguretat Social

Treballadora per compte propi:

☐ Autònoma que presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil

☐ Treballador del SETA ☐ TRADE ☐ Cap dels anteriors

Treballadora per compte d'altri (tipus de contracte):

☐ Fixa ☐ Fixa discontínua (fi de campanya) _____ ☐ Eventual (fi de contracte) _____

☐ A temps parcial _____ (hores al mes)

Treballadora de la llar (tipus de relació laboral)

○ Interna ○ Jornada completa ○ Una llar familiar

○ Externa ○ Temps parcial _____ (hores al mes) ○ Diverses llars familiars

2. DADES DE LA SITUACIÓ PROTEGIDA

Se sol·licita el certificat mèdic sobre la necessitat de canvi de lloc de treball o de funcions compatibles amb l'estat de la sol·licitant per:

☐ Risc durant l'embaràs:

Setmana de gestació a data d'avui: _____ Data prevista del part: _____ ¿ És embaràs gemel·lar? ○ SÍ ○ NO

☐ Risc durant la lactància natural:

Data del part: _____ Data de finalització del permís de maternitat: _____

S'ha optat per l'opció que l'altre progenitor gaudeixi de part del permís de maternitat? ○ SI ○ NO

(Si s'indica que sí, heu de consignar la data en què s'extingirà el permís de maternitat cedit al progenitor: _____)

Assenyali els processos d'incapacitat temporal que hàgiu iniciat o mantingut en els darrers sis mesos:

Data de la baixa mèdica:	Data de l'alta mèdica:	La baixa va tenir relació amb la vostra situació d'embaràs o lactància?
_____	_____	○ SÍ ○ NO
_____	_____	○ SÍ ○ NO
_____	_____	○ SÍ ○ NO

(Si heu respost que sí que heu tingut algun procés d'incapacitat temporal relacionat amb la situació d'embaràs o lactància, us preguem que aporteu la informació mèdica de què disposeu en la revisió amb el facultatiu de FREMAP).

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Cognoms i nom: _____ DNI – NIF: _____

3. DADES DE L'ACTIVITAT LABORAL O PROFESSIONAL.

3.1. TREBALLADORES PER COMPTE D'ALTRI I TREBALLADORES DE LA LLAR.

Raó social: _____ Tipus de contracte: _____

Codi compte cotització: _____ Domicili (carrer o plaça i núm.): _____

Població: _____ Província: _____ Codi postal: _____

Descriviu amb detall les funcions que realitzeu:

Descriviu com s'ha procurat adaptar el vostre lloc de treball a l'actual estat en què us trobeu:

Indiqueu per què s'ha considerat no procedent o insuficient l'adaptació del vostre lloc de treball:

DECLARO, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto igualment que quedo assabentada de l'obligació de comunicar a **FREMAP** qualsevol variació de les dades expressats que es pugui produir d'ara endavant.

SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se m'estengui el certificat mèdic que justifiqui la necessitat del canvi del lloc de treball o funcions que desenvolupo com a conseqüència del risc durant l'embaràs o la lactància natural.

_____, ___ de/d' _____ de 20___

Signatura de la sol·licitant

Verifiqueu que les dades de contacte facilitades són correctes i es troben actualitzades, ja que poden ser utilitzades per FREMAP per realitzar les comunicacions necessàries relacionades amb la gestió i el seguiment de la vostra prestació, tant per mitjans electrònics com postals.

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l´informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li poguessin correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) de l'esmentat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es

conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

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)

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, Vostè autoritza expressament FREMAP a comunicar a la seva empresa el certificat mèdic sobre existencia del risc de durant l'embaràs o la lactància natural i l'acord corresponent de reconeixement o denegació del dret corresponent, per tal que per part de la mateixa pugui donar-se compliment a les obligacions previstes per a l'empresa en la normativa vigent.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

3.2- TREBALLADORES PER COMPTE PROPI.

DADES DE L'ACTIVITAT PROFESSIONAL

Activitat de negoci: _____ Nom comercial: _____

Codi compte cotització: _____ Adreça correu electrònic: _____ Telèfon: _____

Domicili (carrer o plaça i núm.): _____

Població: _____ Província: _____ Codi postal: _____

Descriviu amb detall les funcions que realitza i els riscos per a l'embaràs o la lactància natural als que pot estar exposada:

Indiqueu el nombre de treballadors per compte d'altri de la vostra empresa: _____

Indiqueu el nombre d'autònoms que treballen a la vostra empresa: _____

Les funcions que realitzeu també la desenvolupen altres treballadors per compte d'altri de l'empresa? ◯ SÍ ◯ NO

Descriviu com heu procurat adaptar les vostres funcions a l'estat actual en què us trobeu:

Indiqueu per què s'ha considerat no procedent l'adaptació de les vostres funcions:

DECLARO, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto igualment que quedo assabentada de l'obligació de comunicar a **FREMAP** qualsevol variació de les dades expressades que es pugui produir d'ara endavant.

SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se m'estengui el certificat mèdic que justifiqui la necessitat del canvi del lloc de treball o funcions que desenvolupo com a conseqüència del risc durant l'embaràs o la lactància natural.

_____, ___de/d' _____ de 20 ___

Signatura de la sol·licitant

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l´informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li poguessin correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) de l'esmentat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

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)

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

CERTIFICAT D'EMPRESA SOBRE L'ACTIVITAT DESENVOLUPADA I LES CONDICIONS DE TREBALL (NO S'HA D'EMPLENAR EN EL CAS DE TREBALLADORES DE LA LLAR)

El Sr. / la Sra. _____ amb DNI-NIE-TIE _____

en qualitat de/d' _____ de l'organisme o empresa _____

amb núm. de codi de compte de cotització _____ i domicili _____

Població _____ C. postal _____ Província _____

Telèfon _____ Adreça electrònica _____

DECLARA que la Sra _____ treballadora / sòcia treballadora / TRADE (1) d'aquesta empresa amb núm. de la Seguretat Social _____ i DNI-NIE-TIE _____

1. Realitza les activitats que a continuació s'indiquen, amb les següents condicions de treball i horari (detallar els dies de treball a a la setmana i al mes, així com les hores diàries de treball):

2. La seva categoria professional és de/d': _____

3. Que els riscos durant la situació d'embaràs o lactància natural, que es tenen en compte en l'avaluació realitzada pel servei de prevenció, són els següents (Cal descriure els riscos amb detall i adjuntar a la sol·licitud de certificat mèdic de la treballadora l'avaluació del lloc de treball) (2)

4. Que el lloc de treball desenvolupat és dels que (Indiqueu SÍ o NO) _____ consten com a exempts de risc a la llista de llocs de treball que ha confeccionat l'empresa, després de consultar-ho amb els representants dels treballadors (la relació ha d'acompanyar la sol·licitud de certificat mèdic de la treballadora) (2).

5. Les actuacions desenvolupades per intentar adaptar les condicions o el temps de treball han estat les següents:

6. Sobre la base d'aquestes actuacions, l'adaptació de les condicions o del temps del treball (Indiqueu SÍ o NO) _____ ha estat possible, per la qual cosa (Indiqueu SÍ o NO) _____ poden influir negativament en la salut de la treballadora, del fetus o del lactant. En un altre cas, la impossibilitat d'adaptació ha estat deguda a les següents raons (descriviu-les detalladament):

_____, ___ de/d' _____ de 20 ___

(signatura i segell de l'empresa)

(1) Ratlleu el que no correspongui. Per ratllar les opcions selecciona el text amb el cursor, clica el botó dret del ratolí i selecciona l'opció ratllar text que apareix en el desplegable d'opcions.. (Torna)

(2) Disposició addicional segona del Reial decret 295/2009, de 6 de març, i article 16.2 de la Llei de prevenció de riscos laborals. (Tornar al punt 3 o tornar al punt 4)

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

CERTIFICAT DEL TITULAR DE LA LLAR FAMILIAR SOBRE L'ACTIVITAT DESENVOLUPADA I LES CONDICIONS DE TREBALL

El Sr. / la Sra. _____ amb DNI-NIE-TIE _____

en qualitat de titular de la llar familiar amb núm. de codi de compte de cotització _____ i domicili _____ Localidad _____

C. postal _____ Província _____ Telèfon _____ Adreça electrònica _____

DECLARA que la Sra. _____

treballadora de la llar familiar amb núm. de la Seguretat Social _____ i DNI-NIE-TIE _____

1. Realitza les activitats que a continuació s'indiquen, amb les següents condicions de treball i horari (detallar els dies de treball a a la setmana i al mes, així com les hores diàries de treball):

2. Que els riscos durant la situació d'embaràs o lactància natural són els següents (Cal descriure els riscos amb detall):

3. Les actuacions desenvolupades per intentar adaptar les condicions o el temps de treball han estat les següents:

4. Sobre la base d'aquestes actuacions, l'adaptació de les condicions o del temps de treball (Indiqueu SÍ o NO) _____ ha estat possible, per la qual cosa (Indiqueu SÍ o NO) _____ poden influir negativament en la salut de la treballadora, del fetus o del lactant. En un altre cas, la impossibilitat d'adaptació ha estat deguda a les següents raons (descriviu-ho detalladament):

_____, ___ de/d' _____ de 20 ___

Firma del titular de la llar familiar

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

- Escriviu amb claredat i en lletres majúscules.
- Demaneu l'assessorament i l'ajuda del personal de FREMAP davant de qualsevol dubte.
- L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud..

DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR AMB AQUESTA SOL·LICITUD

1. Haurà d'acreditar la seva identitat amb la signatura d'aquesta sol·licitud mitjançant certificat digital o, si no, amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substitueixi, que serà confrontat per FREMAP i li serà tornat (si us plau, en cap cas ha d'aportar-se amb la resta de documentació fotocòpia del DNI). En lloc d'allò indicat, per evitar la personació física en les oficines de FREMAP, podrà optar per aportar un certificat actualitzat de la titularitat del compte corrent que ha consignat per a l'abonament de la prestació, havent d'aparèixer com a titular en aquest certificat o, si no, un rebut bancari amb algun càrrec, de data no anterior al mes previ a la sol·licitud, en què consti complet l'IBAN i la seva titularitat del compte corrent de càrrec.
2. En el cas de treballadores embarassades, informe del metge del Servei Públic de Salut que acrediti la situació d'embaràs i la data probable del part.
3. En el cas de treballadores en situació de lactància natural, informe del metge del Servei Públic de Salut que acrediti la lactància natural i la data del part.
4. En el cas de les treballadores per compte d'altri:

   4.1 Certificat de l'empresa, adjunt a aquest formulari, sobre l'activitat que desenvolupeu i les condicions del lloc de treball.

   4.2 Avaluació del lloc de treball, que us facilitarà la vostra empresa ("Disposició addicional segona del Reial decret 295/2009,de 6 de març, i article 16.2 de la Llei de prevenció de riscos laborals").

   4.3 Llista de llocs de treball exempts de risc, que us facilitarà la vostra empresa ("Disposició addicional segona del Reial decret 295/2009, de 6 de març, i article 26.2 de la Llei de prevenció de riscos laborals").

5. En el cas de les treballadores per compte propi:

   5.1 Fotocòpia dels últims dos rebuts de l'abonament de les quotes al RETA. De no aportar-se el rebut corresponent al mes en què se suspengui l'activitat o la del mes previ a aquest, es presumiran abonats, però la mútua haurà de procedir a comprovar-ho amb posterioritat, reclamant si és el cas, les prestacions indegudament percebudes.

   5.2 Si la treballadora presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil, el certificat que s'adjunta ha de ser emplenat per l'administrador de la societat. Si la treballadora és autònoma econòmicament dependent (TRADE), la declaració ha de ferla el representant legal del client. En els altres casos de treballadores per compte propi, no s'ha d'emplenar aquest certificat.

6. En el cas de treballadores de la llar:

   6.1 Contracte de treball.

   6.2 Certificat del titular de la llar familiar, adjunt a aquest formulari, sobre l'activitat desenvolupada i les condicions del lloc de treball.

   6.3 En el cas que sol·liciti pel facultatiu de FREMAP, cal aportar l'avaluació de riscos del lloc de treball, que l'ocupador podrà realitzar gratuïtament mitjançant l'eina oferta al portal públic Prevencion10.es

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

SOL·LICITUD DE REVISIÓ MÈDICA DE FREMAP

Podeu sol·licitar cita prèvia al centre assistencial de FREMAP més proper, a través del gestor de FREMAP que té assignada la vostra empresa o del telèfon 900 61 00 61, on haureu d'aportar aquesta documentació ja emplenada. Així mateix, la podeu remetre per correu i esperar la citació de FREMAP.
A la revisió mèdica de la mútua hi heu de comparèixer amb tota la informació mèdica de què disposeu en relació amb la gestació o lactància natural.

FREMAP INFORMA

Aquesta sol·licitud haurà de ser signada mitjançant certificat digital o amb signatura original o presencial a les instal·lacions de FREMAP, fins i tot quan s'hagués tramitat de manera anticipada mitjançant la plataforma FREMAP CONTIGO. En el cas que la signatura no sigui mitjançant certificat digital, s'haurà d'acreditar la identitat del sol·licitant amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substitueixi, que serà contrastat per FREMAP i retornat (si us plau, en cap cas s'ha d'aportar una fotocòpia del DNI amb la resta de la documentació). Si s'envia la sol·licitud amb la signatura original, es podrà evitar la presència física a les oficines de FREMAP per acreditar la identitat del sol·licitant mitjançant l'aportació d'un certificat actualitzat del compte corrent que s'hagi indicat per a l'abonament de la prestació, havent de constar com a titular en aquest certificat o, en defecte d'això, un rebut bancari amb algun càrrec, amb data no anterior al mes previ a la sol·licitud de la prestació, en què consti complet l'IBAN i la titularitat del compte corrent de càrrec.

En particular, en el cas de la prestació econòmica per risc durant l'embaràs:

- L'inici del descans per maternitat.
- La reincorporació a la feina anterior o a una altra de compatible.
- L'extinció del contracte de treball o la baixa al RETA.
- La interrupció de l'embaràs.

I, en el supòsit de la prestació econòmica per risc durant la lactància natural:

- La interrupció de la lactància natural.
- Complir el fill els nou mesos d'edat.
- La reincorporació a la feina anterior o a una altra de compatible.
- L'extinció del contracte de treball o la baixa al RETA.

L'incompliment d'aquesta obligació reglamentària pot donar lloc a la declaració com a indegut del subsidi percebut en el període corresponent, amb la respectiva obligació de reintegrament, fins i tot a través de la via de constrenyiment a càrrec de la Tresoreria General de la Seguretat Social.

Les dades de caràcter personal incloses en aquest formulari seran incorporades a un fitxer automatitzat del qual és titular FREMAP, MÚTUA COL•LABORADORA AMB LA SEGURETAT SOCIAL Nº 61, per tal de gestionar les prestacions de contingències professionals o comunes en l'àmbit d'aplicació de la gestió de la Seguretat Social. Els destinataris de la informació són, a més de FREMAP, aquelles entitats que tinguin competència i control en els serveis derivats d'aquestes prestacions. D'acord amb la Llei 15/1999, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició adreçant-vos per escrit a FREMAP, Carretera de Pozuelo n.º 61. Majadahonda (Madrid).

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, Vostè autoritza expressament FREMAP a comunicar a la seva empresa el certificat mèdic sobre existència del risc de durant l'embaràs o la lactància natural i l'acord corresponent de reconeixement o denegació del dret corresponent, per tal que per part de la mateixa pugui donar-se compliment a les obligacions previstes per a l'empresa en la normativa vigent.

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.