FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

# PETICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO SOBRE A EXISTENCIA DE RISCOS DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL

O feito de cubrir de forma defectuosa ou incorrecta este impreso ou a falta de achega dos documentos que se indican poderá esixir a súa emenda e, mentres esta non se producir, demorará a tramitación da petición.
Antes de comezar a escribir, lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubrila correctamente.
Pode solicitar cita previa no centro asistencial da FREMAP máis próximo, (a través do xestor de Fremap que ten asignado a súa empresa, e que pode consultar no teléfono 900 610 061), onde presentará esta documentación xa cuberta. Así mesmo, pódea remitir por correo e esperar á citación da FREMAP.

**MOI IMPORTANTE:** O CERTIFICADO MÉDICO QUE SOLICITA XUSTIFICARÁ NO SEU CASO A NECESIDADE DO CAMBIO DE POSTO DE TRABALLO OU DAS FUNCIÓNS QUE REALIZA. SÓ SE O DEVANDITO CAMBIO NON SE PRODUCE POLOS MOTIVOS PREVISTOS LEGALMENTE, PODERÁ ACCEDER CON POSTERIORIDADE Á PRESTACIÓN DE RISCO DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL.

## 1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE

Apelidos e nome: _____ DNI / NIE / TIE: _____

D. de nacemento: _____ Núm. de teléfono: _____ Teléfono móbil: _____

Enderezo de correo electrónico: _____ Núm. afiliación á Seguridade Social: _____

Domicilio: _____ Localidade: _____

Provincia: _____ Código postal: _____

**Traballador de alta na Seguridade Social**

Traballador por conta propia:

☐ Autónoma que presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil

☐ Traballador do SETA ☐ TRADE ☐ Ningún dos anteriores

Traballador por conta allea (tipo de contrato):

☐ Fixo ☐ Fixo descontinuo (fin de campaña) _____ ☐ Eventual (fin de contrato) _____

☐ A tempo parcial _____ (horas ó mes)

Empregada do fogar (tipo de relación laboral):

◯ Interna ◯ Xornada completa ◯ Un fogar familiar

◯ Externa ◯ Tempo parcial _____ (horas ó mes) ◯ Varios fogares familiares

## 2. DATOS DA SITUACIÓN PROTEXIDA

**Solicítase o certificado médico sobre a necesidade de cambio de posto de traballo ou de funcións compatibles co estado da solicitante por:**

☐ Risco durante o embarazo:

Semana de xestación nesta data: _____ Data prevista de parto: _____ É embarazo de xemelgos? ◯ SI ◯ NON

☐ Risco durante a lactación natural:

Data do parto: _____ Data de finalización do permiso de maternidade: _____

Optouse por que o outro proxenitor goce parte do permiso de maternidade? ◯ SI ◯ NON

(Se se indica que si, deberá consignarse a data en que se extinguirá o permiso de maternidade cedido ao proxenitor: _____ )

**Sinale os procesos de incapacidade temporal que iniciase ou mantivese nos últimos seis meses:**

| Data da baixa médica: | Data da alta médica: | ¿ A baixa tivo relación ca súa situación de embarazo ou lactación? |
|---|---|---|
| _____ | _____ | ◯ SI ◯ NON |
| _____ | _____ | ◯ SI ◯ NON |
| _____ | _____ | ◯ SI ◯ NON |

(Se contestou que si que tivo algún proceso de incapacidade temporal relacionado coa súa situación de embarazo ou lactación, pregámoslle que achegue a información médica de que dispoña na revisión co facultativo da FREMAP).

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Apelidos e nome: _____ DNI-NIE-TIE: _____

**3. DATOS DA ACTIVIDADE LABORAL OU PROFESIONAL.**

**3.1. TRABALLADORAS POR CONTA ALLEA E EMPREGADAS DO FOGAR.**

Razón social: _____ Tipo de contrato: _____

Código Conta Cotización: _____ Domicilio (Rúa ou praza e núm.): _____

Localidade: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Describa con detalle as funcións que realiza:

Describa como se procurou adaptar o seu posto de traballo ao seu actual estado:

Indique por que se considerou non procedente ou insuficiente a adaptación do seu posto de traballo:

**DECLARO**, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, manifestando, igualmente, que estou informada da obriga de comunicar á **FREMAP** calquera variación dos datos nela expresados que se puidesen producir a partir de agora.

**SOLICITO**, mediante a sinatura do presente impreso que me sexa estendido o certificado médico que xustifique a necesidade do cambio do posto ou funcións que desenvolvo como consecuencia do risco durante o embarazo ou a lactación natural

_____, ____ de _____ de 20 ____

**Sinatura do solicitante**

Verifique que os datos de contacto facilitados son correctos e atópanse actualizados, xa que poderán ser utilizados por FREMAP para realizar as comunicacións necesarias relacionadas coa xestión e o seguimento da súa prestación, tanto por medios electrónicos como postais.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado Regulamento).

Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercitar os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento, dereito a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, de maneira presencial en calquera das oficinas ou hospitais de FREMAP ou por correo electrónico dirixido a derechos_arco@fremap.es asinando a solicitude con certificado electrónico. Así mesmo, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

Mediante a sinatura desta solicitude, Vostede autoriza expresamente a FREMAP a comunicar á súa empresa o certificado médico sobre existencia de risco durante o embarazo ou a lactación natural e o acordo correspondente de recoñecemento ou denegación do dereito correspondente, co obxecto de que por parte da mesma poida darse cumprimento ás obrigas previstas para a empresa na normativa vixente.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

**3.2- TRABALLADORAS POR CONTA PROPIA.**

DATOS DA ACTIVIDADE PROFESIONAL

Actividade de negocio: _____ Nome comercial: _____

Código conta cotización: _____ Enderezo correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Domicilio (Rúa ou praza e núm.): _____

Localidade: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Describa con detalle as funcións que realiza e os riscos para o embarazo ou a lactación natural ós que pode estar exposta:

Indique o número de traballadores por conta allea da súa empresa: _____

Indique o número de autónomos que traballan na súa empresa: _____

¿ As funcións que vostede realiza tamén as desenvolven outros traballadores por conta allea da? ◯ SI ◯ NON

Describa como procurou adaptar as súas funcións ao seu estado actual:

Indique por que se considerou non procedente a adaptación das súas funcións:

**DECLARO**, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, manifestando, igualmente, que estou informada da obriga de comunicar á **FREMAP** calquera variación dos datos nela expresados que se puidesen producir a partir de agora. e **SOLICITO**, mediante a sinatura do presente impreso que me sexa estendido o certificado médico que xustifique a necesidade do cambio do posto ou funcións que desenvolvo como consecuencia do risco durante o embarazo ou a lactación natural.

_____, ____de_____de 20____

**Sinatura do solicitante**

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.
A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder de acordo coa normativa vixente, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado Regulamento).
Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.
Poderá exercitar os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento, dereito a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, de maneira presencial en calquera das oficinas ou hospitais de FREMAP ou por correo electrónico dirixido a derechos_arco@fremap.es asinando a solicitude con certificado electrónico. Así mesmo, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

# CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE A ACTIVIDADE DESENVOLVIDA E AS CONDICIÓNS DE TRABALLO (NON CUBRA NO CASO DE EMPREGADAS DO FOGAR)

D/Dª. _____ con DNI-NIE-TIE _____

en calidade de _____ do organismo ou empresa _____

con núm. de código de conta de cotización _____ e domicilio _____

Localidade _____ C.postal _____ Provincia _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

DECLARA que Dª _____ traballadora / socia traballadora / TRADE (1) desta empresa

con núm. da Seguridade Social _____ e DNI -NIE-TIE _____

1. Realiza as actividades que a continuación indícanse, coas seguintes condicións de traballo e horario (detallar os días de traballo á semana e ao mes, así como as horas diarias de traballo):

2. A súa categoría profesional é de: _____

3. Que os riscos durante a situación de embarazo ou lactación natural, que son previstos na avaliación realizada polo servizo de prevención, son os seguintes (deberán describirse os riscos detalladamente, sendo preciso acompañar a petición de certificado médico da traballadora coa avaliación do posto de traballo) (2)

4. Que o posto de traballo desempeñado é dos que (Indique SI ou NON) _____ figuran como exentos de risco na relación de postos de traballo que confeccionou a empresa, logo da consulta cos representantes dos traballadores (a relación deberá acompañar a petición de certificado médico da traballadora) (2).

5. As actuacións desenvolvidas para intentar adaptar as condicións ou o tempo de traballo foron as seguintes:

6. De acordo con estas actuacións, a adaptación das condicións ou do tempo do traballo (Indique SI ou NON) _____ Foi posible, polo que (Indique SI ou NON) _____ poden influír negativamente na saúde da traballadora, do feto ou do lactante. Se for o caso, a imposibilidade de adaptación debeuse ás seguintes razóns (describir detalladamente):

_____, ____ de _____ de 20____

(Sinatura e selo da empresa)

(1) Risque o que non proceda. Para anular as opcións, selecciona o texto co cursor, preme o botón dereito do rato e selecciona a opción anular texto que aparece no despregable de opción. (Volver)

(2) Disposición Disposición adicional segunda do Real decreto 295/2009, de 6 de marzo e artigo 16.2 da Lei de prevención de riscos laborais. (Volver ó punto 3 o volver ó punto 4)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

# CERTIFICADO DO TITULAR DO FOGAR FAMILIAR SOBRE A ACTIVIDADE DESENVOLVIDA E AS CONDICIÓNS DE TRABALLO

D/Dª. _____ con DNI-NIE-TIE _____

en calidade de titular do fogar familiar con núm. de código de conta decotización _____ e domicilio _____ Localidade _____

C. postal _____ Provincia _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

DECLARA que Dª _____

empregada do fogar familiar con núm. da Seguridade Social _____ e DNI -NIE-TIE _____

1. Realiza as actividades que a continuación indícanse, coas seguintes condicións de traballo e horario (detallar os días de traballo á semana e ao mes, así como as horas diarias de traballo):

2. Que os riscos durante a situación de embarazo ou lactación natural son os seguintes (deberán describirse os riscos detalladamente):

3. As actuacións desenvolvidas para intentar adaptar as condicións ou o tempo de traballo foron as seguintes:

4. De acordo con estas actuacións, a adaptación das condicións ou do tempo de traballo (Indique SI ou NON) _____ foi posible, polo que (Indique SI ou NON) _____ poden influír negativamente na saúde da traballadora, do feto ou do lactante. Se for o caso, a imposibilidade de adaptación debeuse ás seguintes razóns (descríbaas detalladamente):

_____, ____ de _____ de 20____

Sinatura do titular do fogar familiar

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

# INSTRUCIÓNS PARA CUBRIR CORRECTAMENTE A PETICIÓN

- Escriba con claridade e en letras maiúsculas..
- Solicite o asesoramento e axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.
- O feito de cubrir de forma defectuosa ou incorrecta este impreso ou a falta de achega dos documentos que se indican poderá esixir a súa emenda e, mentres esta non se producir, demorará a tramitación da petición.

## DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON ESTA PETICIÓN

1. Esta solicitude deberá ser asinada mediante certificado dixital ou con sinatura orixinal ou presencial nas instalacións de FREMAP, mesmo cando se tivese tramitado de forma anticipada mediante a plataforma FREMAP CONTIGO. No caso de que a sinatura non sexa mediante certificado dixital, deberá acreditarse a identidade da persoa solicitante coa presentación en persoa do orixinal do DNI ou documento oficial que o substitúa, que será cotexado por FREMAP e devolto (por favor, en ningún caso debe achegarse coa restante documentación unha fotocopia do DNI). Se se remite a solicitude coa sinatura orixinal, poderá evitarse a presenza física nas oficinas de FREMAP para acreditar a identidade da persoa solicitante mediante a achega dun certificado actualizado da conta corrente que se indicase para o aboamento da prestación, debendo aparecer como titular nese certificado ou, no seu defecto, un recibo bancario con algún cargo, de data non anterior ao mes previo á solicitude da prestación, no que conste completo o IBAN e a titularidade da conta corrente de cargo.
2. No caso de traballadoras embarazadas, informe do médico do Servizo Público de Saúde que acredite a situación de embarazo e a data probable do parto.
3. No caso de traballadoras en situación de lactación natural, informe do médico do Servizo Público de Saúde que acredite a lactación natural e a data do parto.
4. No caso das traballadoras por conta allea:
    - 4.1 Certificado da empresa, anexado a este formulario, sobre a actividade que desenvolve e as condicións do seu posto de traballo.
    - 4.2 Avaliación do posto de traballo, que lle facilitará a súa empresa (“Disposición adicional segunda do Real decreto 295/2009,do 6 de marzo e artigo 16.2 da Lei de prevención de riscos laborais”).
    - 4.3 Relación de postos de traballo exentos de risco, que lle facilitará a súa empresa (“Disposición adicional segunda do Real decreto 295/2009, do 6 de marzo e artigo 26.2 da Lei de prevención de riscos laborais”).
5. No caso das traballadoras por conta propia:
    - 5.1 Fotocopia dos derradeiros dous recibos do aboamento das cotas ao RETA. De non achegarse o recibo correspondente ao mes en que se suspenda a actividade ou a do mes previo a este, presumiranse como aboados, pero a mutua deberá proceder a comprobalo con posterioridade, reclamando , se é o caso, as prestacións indebidamente percibidas.
    - 5.2 Se a traballadora presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil, o certificado anexo deberá ser cuberto polo administrador da sociedade. Se a traballadora é autónoma economicamente dependente (TRADE), a declaración deberá facela o representante legal do cliente. Nos demais casos de traballadoras por conta propia, non deberá ser cuberto o certificado.
6. No caso de empregadas do fogar:
    - 6.1 Contrato de traballo.
    - 6.2 Certificado do titular do fogar familiar, anexo a este formulario, sobre a actividade desenvolvida e as condicións do seu posto de traballo.
    - 6.3 No caso de que así o solicite o facultativo de FREMAP, deberá achegarse a avaliación de riscos do posto de traballo, que o empregador poderá realizar de balde mediante a ferramenta dispoñible no portal público Prevencion10.es

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

## PETICIÓN DE REVISIÓN MÉDICA DA FREMAP

Pode solicitar cita previa no centro asistencial da FREMAP máis próximo, a través do xestor da FREMAP que ten asignada a súa empresa ou do teléfono 900 61 00 61, onde presentará esta documentación xa cuberta. Así mesmo, pódea remitir por correo e esperar a citación da FREMAP.
Á revisión médica da mutua deberá ir con toda a información médica de que dispoña en relación coa súa xestación ou lactación natural.

## FREMAP INFORMA

Este documento, co resto dos que integraren o expediente tramitado pola FREMAP, poderá ser presentado pola mutua perante a Inspección de Traballo e a Seguridade Social cando foren detectadas contradicións nas declaracións e certificacións achegadas, co obxecto de que por parte dela sexa emitido o informe previsto no Real decreto 295/2009, do 6 de marzo, sobre a súa conformidade ou discrepancia en relación coas medidas adoptadas pola empresa ou pola traballadora autónoma. A traballadora estará obrigada a comunicar á FREMAP calquera circunstancia que implique a suspensión ou extinción do dereito ao subsidio.

En particular, no caso da prestación económica por risco durante o embarazo:

- O inicio do descanso por maternidade.
- A reincorporación ao traballo anterior ou a outro compatible.
- A extinción do contrato de traballo ou a baixa no RETA.
- A interrupción do embarazo.

E, no suposto da prestación económica por risco durante a lactación natural:

- A interrupción da lactación natural.
- Facer o fillo os nove meses de idade.
- A reincorporación ao traballo anterior ou a outro compatible.
- A extinción do contrato de traballo ou a baixa no RETA.

O incumprimento desta obriga regulamentaria podería dar lugar á declaración como indebido do subsidio percibido no período correspondente, coa respectiva obriga de reintegro, mesmo a través da vía de constrinximento a cargo da Tesouraría Xeral da Seguridade Social.

Os datos de carácter persoal incluídos neste formulario serán incorporados a un ficheiro automatizado de que é titular FREMAP, MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL Nº 61, co fin de xestionar as prestacións de continxencias profesionais ou comúns no ámbito de aplicación da xestión da Seguridade Social, sendo os destinatarios da información, ademais da FREMAP, aquelas entidades que teñan competencia e control nos servizos derivados destas prestacións. De acordo coa Lei 15/1999, vostede poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dirixíndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid)..

Mediante a sinatura desta solicitude, Vostede autoriza expresamente a FREMAP a comunicar á súa empresa o certificado médico sobre existencia de risco durante o embarazo ou a lactación natural e o acordo correspondente de recoñecemento ou denegación do dereito correspondente, co obxecto de que por parte da mesma poida darse cumprimento ás obrigas previstas para a empresa na normativa vixente.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.