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'hagen 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 seua empresa, cosa 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 disfrute 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: _____)

Assenyale els processos d'incapacitat temporal que heu 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, vos 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:

DECLARE, baix la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigne en aquesta sol·licitud, i manifeste igualment que quede assabentada de l'obligació de comunicar a **FREMAP** qualsevol variació de les dades expressats que es puga produir d'ara endavant. **SOL·LICITE**, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se m'estenga el certificat mèdic que justifique la necessitat del canvi del lloc de treball o funcions que desenvolupe com a conseqüència del risc durant l'embaràs o la lactància natural.

_____, ___ de/d' _____ de 20 ___

Signatura de la sol·licitant

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

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa 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 tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li 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 seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren 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) del citat Reglament).

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

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament, dret a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, de manera presencial en qualsevol de les oficines o hospitals de FREMAP o per correu electrònic dirigit a derechos_arco@fremap.es firmant la sol·licitud amb certificat electrònic. Així mateix, té dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. (www.aepd.és)

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:

DECLARE, baix la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigne en aqueste sol·licitud, i manifesto igualment que quede assabentada de l'obligació de comunicar a **FREMAP** qualsevol variació de les dades expressades que es puga produir d'ara endavant.

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

_____, ___ de/d' _____ de 20 ___

Signatura de la sol·licitant

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa 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 tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li 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 seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren 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) del citat Reglament).

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

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament, dret a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, de manera presencial en qualsevol de les oficines o hospitals de FREMAP o per correu electrònic dirigit a derechos_arco@fremap.es firmant la sol·licitud amb certificat electrònic. Així mateix, té dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. (www.aepd.és)

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

2. La seua 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 corresponga. 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)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa 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 tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany 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. Fa les activitats que a continuació s'indiquen, amb les següents condicions de treball i horari (detallar els dies de treball 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

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa 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 tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany 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'hagen 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 seua identitat amb la firma d'esta sol·licitud mitjançant certificat digital o, si no, amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substituïsca, que serà comparat per FREMAP i li serà tornat (per favor, en cap cas ha d'aportar-se amb el reste de documentació fotocopia del DNI). En comptes de l'indicat, per a 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'aparéixer com titular en este certificat o, si no, un rebut bancari amb algun càrrec, de data no anterior al mes previ a la sol·licitud, en què conste complet l'IBAN i la seua titularitat del compte corrent de càrrec.
2. En el cas de treballadores embarassades, informe del metge del Servei Públic de Salut que acredite 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 acredite 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 Fotocopia dels últims dos rebuts de l'abonament de les quotes al RETA. De no aportar-se el rep corresponent al mes en què se suspenga l'activitat o la del mes previ a este, es presumiran abonats, però la mútua haurà de procedir a comprovar-ho amb posterioritat, reclamant si escau 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 se 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

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa 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 tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany 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

Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant la Inspecció de Treball i la Seguretat Social quan es detecten contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta emeta l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seua conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades per l'empresa o per la treballadora autònoma. La treballadora està obligada a comunicar a FREMAP qualsevol circumstància que impliqui la suspensió o extinció del dret al subsidi.

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.

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa 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 tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.