

Solicitud de certificado médico de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y prestación económica

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre Solicitante _____
 DNI/NIE _____ Número de Afiliación a la Seguridad Social _____
 Domicilio _____
 Localidad _____ Código postal _____ Teléfono/s _____

Anótese el domicilio y teléfono/s del solicitante a efectos de notificaciones por parte de Mutua Navarra.

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social _____
 Localidad _____
 Servicio de Prevención propio
 Servicio de Prevención ajeno _____

SITUACIÓN DE RIESGO

Señale en la parte que corresponda

Durante el embarazo

Fecha prevista de parto ____ / ____ / ____

Se encuentra en situación de Incapacidad Temporal (IT) Sí No

Desde el día ____ / ____ / ____

Adjúntese copia/s del parte de baja o de confirmación, donde se incluya el diagnóstico.

Durante la lactancia natural

Fecha de parto ____ / ____ / ____

Fecha de reincorporación al trabajo tras prestación por maternidad

____ / ____ / ____

DATOS LABORALES

Si existe contrato temporal, fecha de finalización ____ / ____ / ____

En el caso de riesgo durante el embarazo, el reconocimiento de la prestación no procederá si se encuentra en situación de Incapacidad Temporal.

RETENCIÓN POR IRPF

Tipo voluntario ____ %

4,10%

Se aplicará por defecto el mínimo establecido en la normativa vigente.

NÚMERO DE CUENTA

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	CUENTA

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA

Aportar esta documentación significa la validación de la misma

1. DNI/NIE.
2. Informe de facultativo del Servicio Público de Salud, en el que se acreditará la situación de embarazo y la fecha probable de parto o la situación de lactancia natural.
3. Certificado de la empresa o trabajador por cuenta propia, sobre situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural conforme al modelo establecido.
4. Copia de Resolución de Maternidad de Seguridad Social y del libro de familia (en caso de lactancia natural).
5. Otra documentación _____

Además, las trabajadoras autónomas deberán aportar:

1. Certificado de situación de actividad.
2. Justificantes de pago de las cuotas de la Seguridad Social de los últimos 3 meses anteriores al cese de actividad.

En caso de determinarse la Certificación Médica de Riesgo, Mutua Navarra coordinará con su empresa el 'Certificado empresarial de suspensión de contrato y datos salariales para la prestación económica'.

SOLICITO por la presente, que se emita certificación médica sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (según el RD 295/2009), declarando ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, quedando obligada a comunicar a Mutua Navarra cualquier variación que en dichos datos puedan producirse en lo sucesivo.

_____, a ____ de _____ de _____

(Firma de la solicitante)

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos remitidos para van a ser incorporados a un fichero denominado "expedientes" titularidad de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de prestarle el correspondiente servicio como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del fichero, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento. De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica se le comunica que respecto a los datos de carácter personal recogidos para su tratamiento tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Mutua Navarra en la dirección postal arriba indicada en los términos que suscribe la legislación vigente.