

Sello Entrada .....

---

## Solicitud de Certificado Médico de Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y Prestación Económica

---

Nº Expediente: .....  
REF.: .....

### DATOS PERSONALES:

---

**Apellidos y Nombre:** ..... **D.N.I. / N.I.E.:** .....

Domicilio: .....  
Localidad:..... C.Postal: ..... Provincia: .....  
Teléfono fijo.....

**Teléfono Móvil:** ..... **Correo electrónico:**.....

Le informamos que Mutua Navarra podrá utilizar estos datos para sus comunicaciones, citaciones o notificaciones, haciéndose usted responsable de su recepción con los efectos que de ello se deriven.

### DATOS DE LA EMPRESA

---

Nombre o Razón Social: .....

Localidad:.....

Si existe contrato temporal, fecha de finalización \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### En caso de pluriempleo/pluriactividad:

---

Nombre o Razón Social: .....

Puesto de trabajo: .....

% de jornada: .....

### SITUACIÓN DE RIESGO Señale en la parte que corresponda

---

**Durante el embarazo**

Fecha prevista de parto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Embarazo múltiple?  No  Sí

**Se encuentra en situación de Incapacidad**

**Temporal**  No  Sí, desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adjúntese copia/s del parte de baja donde se incluya el diagnóstico

**Durante la lactancia natural**

Fecha de parto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Fecha de reincorporación al trabajo**

tras la prestación de maternidad \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RETENCIÓN IRPF

---

Retención de IRPF deseada \_\_\_\_ %. La retención mínima a aplicar será la establecida legalmente para cada situación.

**FIRMA:**

Declaro, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados.

Solicito el Certificado Médico de Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y el abono de prestación solicitada manifestando mi consentimiento para que Mutua Navarra obtenga de la Tesorería General de la Seguridad Social los datos necesarios sobre los Certificados de cotización que se precisen para el cálculo de la prestación.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firmado por:

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal**, le informamos que los datos personales que nos haya facilitado para la tramitación de la solicitud van a ser incorporados a los ficheros de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de tramitarle la solicitud y realizar la correspondiente gestión administrativa. 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.

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

<p><input type="checkbox"/> <b>Solicitud incompleta:</b></p> <p>Se le han requerido los siguientes documentos para la <b>subsanción de defectos</b> en el plazo de 10 días:</p> <p>Declaro que he sido informado de ello verbalmente y por escrito, en fecha: ___ / ___ / _____</p> <p><b>Firma del solicitante:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Solicitud completa:</b></p> <p>Fecha: ___ / ___ / _____</p> <p><b>Sello y Firma Mutua Navarra:</b></p>
--	---

**Nota: El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional en caso de considerarlo necesario.**

**Ejemplar para Mutua Navarra**

Nº Expediente: ..... Sello Entrada: .....

**DOCUMENTOS A APORTAR:**

**Siempre:**

1.  Solicitud de Certificado Médico de Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y Prestación Económica
2.  Acreditación de la identidad del interesado, en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE.
3.  Fotocopia de la primera página de la libreta bancaria en la que aparezcan los 24 dígitos del IBAN. (El titular deberá coincidir con el solicitante).
4.  Informe del facultativo de 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
5.  Certificado de empresa o trabajador por cuenta propia, sobre situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural conforme al modelo establecido.

**En caso de la Solicitud de Certificado Médico de Riesgo durante la lactancia natural y Prestación Económica:**

6.  Copia de la Resolución de Maternidad de Seguridad Social y del libro de familia.
7.  Una vez resuelto el expediente, mensualmente deberá justificar, mediante un “Certificado Médico de Lactancia”, que el menor durante el mes de referencia está siendo alimentado con lactancia materna.

**En casos de Autónomos, y después de la resolución de la prestación:**

8.  Declaración de Situación de Actividad, según el modelo de Mutua Navarra ([www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es)).
9.  Justificantes de pago de las cuotas de Seguridad Social de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

**En caso de encontrarse en situación de Incapacidad Temporal:**

10.  Partes de Baja y, en su caso, Alta.

**Otros documentos:**

11.  La documentación adicional a aportar se requerirá por el personal de Mutua Navarra dependiendo del caso: .....

**Nota: El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional en caso de considerarlo necesario.**

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal**, le informamos que los datos personales que nos haya facilitado para la tramitación de la solicitud van a ser incorporados a los ficheros de Mutua Navarra, sito en Polígono Industrial Landaben, c/F Nº 4, 31012 Pamplona, con la finalidad de tramitarle la solicitud y realizar la correspondiente gestión administrativa. 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.

**A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:**

<input type="checkbox"/> <b>Solicitud incompleta:</b> Se le requieren los siguientes documentos para la <b>subsanción de defectos</b> en el plazo de 10 días, con fecha: ___/___/____	<input type="checkbox"/> <b>Solicitud completa:</b> <span style="float: right;">Sello y Firma Mutua Navarra</span> Fecha: ___/___/____
--	---

**Ejemplar para el interesado**