

PETICIÓN DA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RISCO DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL

O feito de cubrir de maneira 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 súa petición. Antes de comezar a escribir, lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubri-la correctamente.

Moi importante: a prestación económica que solicita non poderá ser recoñecida se previamente non lle foi estendido pola FREMAP o certificado médico en que se estableza a existencia do risco para o embarazo ou a lactación natural.

1. DATOS PERSOAIS

Apelidos e nome:

DNI Correo electrónico

2. MOTIVO DA PETICIÓN

RISCO DURANTE O EMBARAZO

Data de inicio da suspensión do contrato

Data de inicio da suspensión do contrato: (conta propia)

Data probable do parto

RISCO DURANTE A LACTACIÓN NATURAL

Data de inicio da suspensión do contrato

Data de inicio da suspensión do contrato:(conta propia)

Data nacemento do fillo

En ambos os casos, indique os postos de traballo ou funcións compatibles co seu estado que podería continuar a desenvolver, así como as razóns polas que o cambio non é posible:

3. SITUACIÓN PROTEXIDA

Sinale os procesos de incapacidade temporal que iniciase ou mantivese dende que FREMAP lle emitiu o certificado médico da situación de risco:

Data da baixa médica	Data da alta médica	A baixa tivo relación ca súa situación de embarazo ou lactación?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI	NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI	NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	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).

4. DATOS FISCAIS

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable só se é superior ao que se aplica a normativa)

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, para os efectos de retención por IRPF desexa que se lle aplique:

Tabla general. Número de hijos: Táboa de pensións Tipo voluntario

5. DATOS BANCARIOS PARA O COBRO DA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Banco

IBAN:

Rúa e localidade da sucursal:

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, que subscribo para que me sexa recoñecida a prestación de risco durante o embarazo ou a lactación natural, manifestando que estou informada da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación deles que se puidese producir mentres perciba a prestación.

MANIFIESTO, o meu consentimento para a achega, consulta ou obtención de copia dos datos do meu historial clínico, custodiado polos servizos públicos de saúde ou centros concertados, así como para que os meus datos de identificación persoal e residencia poidan ser consultados, con garantía de confidencialidade, no caso de acceso informatizado aos referidos datos.

, de de

(Sinatura da solicitante)

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 exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es.

Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

DECLARACIÓN DA EMPRESA OU DA TRABALLADORA POR CONTA PROPIA SOBRE A INEXISTENCIA DE POSTOS DE TRABALLO OU DE FUNCIÓNS COMPATIBLES

Non a cubra no caso de empregadas do fogar.

No caso das traballadoras por conta allea, é preceptivo acompañar con este documento o informe do servizo de vixilancia da saúde da empresa á que se refire o punto 3.

D/D^a.

con DNI/NIE/TIE en calidade de

do organismo ou empresa

con CCC

e domicilio

núm. localidade

C. Postal

Provincia

Teléfono

Correo Electrónico

DECLARA en relación co cambio de posto de traballo ou funcións de:

D^a. Socia traballadora/traballadora/TRADE desta

empresa con núm. da Seguridade Social

e DNI/NIE/TIE

1. Que en relación coa existencia doutro posto de traballo ou función compatible co seu estado ⁽¹⁾.

2. Os motivos polos que o cambio de posto de traballo ou de funcións non é técnica ou obxectivamente posible, ou non pode razoablemente ser esixida, son os seguintes:

3. En relación con estes asuntos, acompáñase informe emitido polo servizo de vixilancia da saúde, propio ou concertado, da empresa (non aplicable ás traballadoras autónomas).

4. Por iso, decidiuse que a suspensión do contrato de traballo ou o cesamento na actividade da traballadora autónoma comece con data:

, de de

(Sinatura e selo da empresa ou da traballadora por conta propia)

(1) Declaración sobre a existencia ou non doutro posto ou función compatible co seu estado. (Volver ó punto 1)

NOTA: Este documento, co resto dos que integran o expediente tramitado pola FREMAP, poderá ser presentado pola Mutua perante a Inspección de Traballo e Seguridade Social cando se detectaren 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. Nestes casos, o prazo de trinta días para que a FREMAP recoñeza ou denegue o dereito ao subsidio ficará suspendido ata a recepción do devandito informe.

DECLARACIÓN DO TITULAR DO FOGAR FAMILIAR SOBRE A INEXISTENCIA DE POSTOS DE TRABALLO OU DE FUNCIÓNS COMPATIBLES

D/D^a.

con DNI/NIE/TIE en calidade de titular do fogar familiar con núm. de C.C.C.

e domicilio

núm. Localidade C. Postal Provincia

Teléfono Correo Electrónico

DECLARA que:

D^a.

empregada deste fogar familiar con núm. da Seguridade Social e DNI/NIE/TIE

1. Que en relación coa posibilidade de adaptación do posto de traballo ou coa existencia doutro posto de traballo ou función compatible co seu estado ⁽¹⁾.

2. Os motivos polos que o cambio de posto de traballo ou de funcións non é técnica ou obxectivamente posible, ou non pode razoablemente ser esixida, son os seguintes:

3. Por iso, decidiuse que a suspensión do contrato de traballo comece con data:

, de de

(Sinatura do titular do fogar familiar)

(1) Declaración sobre a posibilidade de adaptación do posto de traballo ou sobre a existencia ou non doutro posto ou función compatible co seu estado. (Volver ó punto 1)

NOTA: Este documento, co resto dos que integran o expediente tramitado pola FREMAP, poderá ser presentado pola Mutua perante a Inspección de Traballo e Seguridade Social cando se detectaren 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 polo titular do fogar familiar. Nestes casos, o prazo de trinta días para que a FREMAP notifique o recoñecemento ou denegación do dereito ao subsidio ficará suspendido ata a recepción do devandito informe.

DECLARACIÓN DA SITUACIÓN DA ACTIVIDADE

Só para as peticións das traballadoras autónomas, excepto as incluídas no SETA e as TRADE.

D/D^a.

con número de afiliación á Seguridade Social con DNI

e con domicilio

declara baixo a súa responsabilidade que:

É titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza Si Non

Que o referido establecemento ten o seu domicilio social en

y teléfono que a actividade económica, oficio ou profesión é a de

e que durante a situación de suspensión da actividade queda na seguinte situación:

1. Xestionado por:

a. Familiar:

D./Dña.

Núm. de afiliación á Seguridade Social

DNI

CCC da empresa

Parentesco

a. Empregado do establecemento:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

DNI

CCC de la empresa

b. Xestionado por outra persoa:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

DNI

CCC de la empresa

2. Cesamento temporal ou definitivo na actividade durante a situación de suspensión da actividade do titular do establecemento.

3. Ou pola contra, declara que está incluído no réxime especial de traballadores por conta propia ou autónomos en razón da actividade económica de

que ten o seu domicilio en

, tfno.

, de

de

(1) Se marcar o recadro NON deberá cubrir o punto 3. (Volver ó punto 1)

(Sinatura)

Este documento, co resto dos que integran o expediente tramitado pola FREMAP, poderá ser presentado pola Mutua perante a Inspección de Traballo e Seguridade Social cando se detectaren contradicións nas declaracións e certificacións achegadas, co obxecto de que por parte dela sexa emitido o informe previsto no Real decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre a súa conformidade ou discrepancia en relación coas medidas adoptadas pola traballadora autónoma. Nestes casos, o prazo de trinta días para que a FREMAP resolva o recoñecemento ou denegación do dereito ao subsidio ficará suspendido ata a recepción do referido informe.

INSTRUCCIÓN 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 maneira 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. Declaración da empresa ou da traballadora autónoma sobre a inexistencia de postos de traballo ou de funcións compatibles co estado da traballadora. Se a traballadora por conta propia presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil, a declaración deberá ser cuberta polo administrador da sociedade. Se a traballadora é autónoma economicamente dependente (TRADE), a declaración deberá facela o representante legal do cliente..
2. No caso das traballadoras por conta allea:
 - a. Informe do servizo de vixilancia da saúde da empresa sobre a inexistencia de postos de traballo compatibles co estado da traballadora.
 - b. Certificado de cotizacións da empresa.
3. No caso das traballadoras por conta propia:
 - a. Declaración de situación da actividade (non aplicable ás traballadoras do SETA e ás TRADE).
 - b. Fotocopia dos últimos recibos do pagamento das cotas ao RETA non presentados anteriormente coa petición de certificado médico. De non achegarse os recibos correspondentes ó mes en que se suspenda a actividade ou a dos dous meses previos a este, presumiranse aboados pero a mutua deberá proceder a comprobalo con posterioridade, reclamando no seu caso as prestacións indebidamente percibidas.
4. No caso das empregadas do fogar:
 - a. Declaración do titular do fogar familiar, anexo a este formulario.
 - b. Certificado de cotizacións do empregador, mediante o formulario que lle entregará a FREMAP.
5. E o modelo 145 de situación para os efectos de IRPF debidamente cuberto (agás País Vasco e Navarra, supostos nos que debe achegarse, no seu lugar, fotocopia do Libro de Familia para acreditar a data de nacemento dos fillos).

FREMAP INFORMA

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 á 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.