

## SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin 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.

**Molt important:** la prestació econòmica que sol·liciteu no es podrà reconèixer si prèviament FREMAP no us ha estès el certificat mèdic on s'estableixi l'existència del risc per a l'embaràs o la lactància natural.

### 1. DADES PERSONALS

Cognoms i nom:

DNI/NIE/TIE:

Adreça electrònica:

### 2. MOTIU DE LA SOL·LICITUD

#### RISC DURANT L'EMBARÀS

Data d'inici de la suspensió del contracte:

Data d'inici de la suspensió del contracte: (compte propi)

Data probable del part

#### RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL

Data d'inici de la suspensió del contracte:

Data d'inici de la suspensió del contracte: (compte propi)

Data de naixement del fill

En ambdós casos, indiqueu els llocs de treball o funcions compatibles amb el vostre estat que podríeu seguir desenvolupant, així com les raons per les quals el canvi no és possible:

### 3. SITUACIÓ PROTEGIDA

Assenyali els processos d'incapacitat temporal que hagi iniciat o mantingut des de que FREMAP va emetre el certificat mèdic de la situació de risc:

Data de la baixa mèdica:

Data de l'alta mèdica:

La baixa va tenir relació amb la vostra situació d'embaràs o lactància?

SI NO

SI NO

SI NO

(Si heu respost que sí que heu tingut algun procés d'incapacitat temporal relacionat amb la situació d'embaràs o lactància, us preguem que aporteu la informació mèdica de què disposeu en la revisió amb el facultatiu de FREMAP).

### 4. DADES FISCALS

Tipus voluntari de retenció per IRPF %

Si teniu la residència fiscal en TERRITORI FORAL, a l'efecte de retenció per IRPF voleu que se us apliqui:

Taula general, nombre de fills:

Taula de pensions

Tipus voluntari

### 5. DADES BANCÀRIES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ MITJANÇANT TRANSFERÈNCIA

Banc:

IBAN:

Carrer i població de la sucursal:

**DECLARO**, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, que subscric perquè se'm reconegui la prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural, i manifesto que quedo assabentada de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació d'aquestes dades que es pugui produir mentre percebi la prestació.

**MANIFESTO**, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de les dades del meu historial clínic, custodiat pels serveis públics de salut o centres concertats, així com perquè les meves dades d'identificació personal i residència puguin ser consultades, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat.

, de/d' de

Signatura de la sol·licitant.

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 N° 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, així com aquelles altres entitats públiques que poguessin gestionar prestacions incompatibles amb les reconegudes o que pogués reconèixer aquesta mútua. 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. 28222, Majadahonda (Madrid).

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, Vostè autoritza expressament FREMAP a comunicar a la seva empresa l'acord corresponent de reconeixement o denegació del dret sol·licitat a la prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural, així com els acords de suspensió, anul·lació i extinció de la mateixa, per tal que per part de la mateixa pugui donar-se compliment a les obligacions previstes per a l'empresa a la normativa vigent.

## DECLARACIÓ DE L'EMPRESA O DE LA TREBALLADORA PER COMPTE PROPI SOBRE LA INEXISTÈNCIA DE LLOCS DE TREBALL O DE FUNCIONS COMPATIBLES

No s'ha d'emplenar en el cas de treballadores de la llar.

El Sr. / la Sra.

amb DNI-NIE-TIE

en qualitat de

de l'organisme o empresa

amb núm. de C.C.C.

i domicili

núm. Població

C. Postal

Província

Telèfon

Adreça electrònica

**DECLARA** en relació amb el canvi de lloc de treball o funcions de:

La Sra.

sòcia treballadora/treballadora/TRADE d'aquesta

empresa amb núm. de la Seguretat Social

i DNI-NIE-TIE

1. Que en relació amb l'existència d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat <sup>(1)</sup>
2. Els motius pels quals el canvi de lloc de treball o de funcions no resulta tècnicament o objectivament possible, o raonablement no es pot exigir, són els següents:
3. En relació amb aquestes qüestions, s'adjunta un informe emès pel servei de vigilància de la salut, propi o concertat, de l'empresa (no aplicable a les treballadores autònomes).
4. Per això, s'ha decidit que la suspensió del contracte de treball o el cessament en l'activitat de la treballadora autònoma s'iniciï amb data:

, de/d' de

Signatura i segell de l'empresa o de la treballadora per compte propi.

(1) Declaració sobre existència o no d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat. ([Tornar al punt 1](#))

**NOTA:** Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant de la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta institució emeti l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seva conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades per l'empresa o per la treballadora autònoma. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè FREMAP reconegui o denegui el dret al subsidi quedarà suspès fins que rebí aquest informe.

## DECLARACIÓ DEL TITULAR DE LA LLAR FAMILIAR SOBRE LA INEXISTÈNCIA DE LLOCS DE TREBALL O DE FUNCIONS COMPATIBLES

El Sr. / la Sra.

amb DNI-NIE-TIE en qualitat de titular de la llar familiar amb núm. de C.C.C.

i domicili

núm. Població

C. Postal

Província

Telèfon

Adreça electrònica

**DECLARA** que:

La Sra.

és treballadora d'aquesta llar familiar amb núm. de la Seguretat Social

i DNI-NIE-TIE

1. Que en relació amb la possibilitat d'adaptació del lloc de treball o amb l'existència d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat <sup>(1)</sup>
2. Els motius pels quals el canvi de lloc de treball o de funcions no resulta tècnicament o objectivament possible, o raonablement no es pot exigir, són els següents:
3. Per això, s'ha decidit que la suspensió del contracte de treball s'iniciï amb data:

, de/d' de

Signatura del titular de la llar familiar.

- (1) Declaració sobre la possibilitat d'adaptació del lloc de treball o sobre l'existència o no d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat. ([Tornar al punt 1](#))

**NOTA:** Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant de la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta institució emeti l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seva conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades pel titular de la llar familiar. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè FREMAP notifiqui el reconeixement o denegació del dret al subsidi quedarà suspès fins que rebí aquest informe.

## DECLARACIÓ DE LA SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT

Només per a les sol·licituds de les treballadores autònomes, excepte les incloses en el SETA i les TRADE.

El Sr. / la Sra.

amb número d'afiliació a la Seguretat Social

amb D.N.I.

, i amb domicili en

**declara sota la seva responsabilitat** que:

És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa  Sí  No <sup>(1)</sup>

Que aquest establiment té el domicili social a

Tel. \_\_\_\_\_ que l'activitat econòmica, ofici o professió és la de

i que durant la situació de suspensió de l'activitat queda en la situació següent:

1. Gestionat per:

a. Familiar:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

Parentesc

b. Empleat de l'establiment:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

c. Gestionat per una altra persona:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

Núm. document nacional d'identitat

Codi compte cotització de l'empresa

2. Cessament temporal o definitiu en l'activitat durant la situació de suspensió de l'activitat del titular de l'establiment.

3. O, al contrari, declara que està inclòs en el Règim Especial de treballadors per compte propi o Autònoms pel que fa a l'activitat econòmica de \_\_\_\_\_ que te el seu domicili en \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_ de

(Signatura del treballador)

(1) Si es marca la casella **NO** s'ha d'emplenar el punt 3. ([Tornar al punt 1](#))

**NOTA:** Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant de la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta institució emeti l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seva conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades per la treballadora autònoma. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè FREMAP decideixi el reconeixement o denegació del dret al subsidi quedarà suspès fins que rebí aquest informe.

## 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'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud.

### DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR AMB AQUESTA SOL·LICITUD

1. Declaració de l'empresa o de la treballadora autònoma sobre la inexistència de llocs de treball o de funcions compatibles amb l'estat de la treballadora. Si la treballadora per compte propi presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil, la declaració ha de ser emplenada per l'administrador de la societat. Si la treballadora és autònoma econòmicament dependent (TRADE), la declaració ha de fer-la el representant legal del client.
2. En el cas de les treballadores per compte d'altri:
  - a. Informe del Servei de Vigilància de la Salut de l'empresa sobre la inexistència de llocs de treball compatibles amb l'estat de la treballadora.
  - b. Certificat de cotitzacions de l'empresa.
3. En el cas de les treballadores per compte propi:
  - a. Declaració de situació de l'activitat (no aplicable a les treballadores del SETA i a les TRADE).
  - b. Fotocòpia dels últims rebuts de l'abonament de les quotes al RETA no acompanyats anteriorment de la sol·licitud certificat mèdic. De no aportar els rebuts corresponents al mes en què se suspengui l'activitat o la dels dos mesos previs a aquest, es consideraran abonats però la mútua haurà de procedir a comprovar-ho amb posterioritat, reclamant si s'escau, les prestacions indegudament percebudes.
4. En el cas de les treballadores de la llar:
  - a. Declaració del titular de la llar familiar, que s'adjunta a aquest formulari.
  - b. Certificat de cotitzacions de l'ocupador, mitjançant el formulari que li lliurarà FREMAP.
5. I el [model 145](#) de situació a efectes d'IRPF degudament emplenat (excepte País Basc i Navarra, supòsits en què s'ha d'acompanyar-se, en el seu lloc, fotocòpia del Llibre de Família per acreditar la data de naixement dels fills).

### FREMAP INFORMA

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 constreyniment a càrrec de la Tresoreria General de la Seguretat Social.