

## SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

**Muy importante:** la prestación económica que solicita no podrá reconocerse si previamente no le ha sido extendido por FREMAP el certificado médico en el que se establezca la existencia del riesgo para el embarazo o la lactancia natural.

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre:

DNI Correo electrónico

### 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

#### RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Fecha de inicio de la suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha probable del parto

#### RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Fecha de inicio de la suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha nacimiento del hijo

En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible:

### 3. SITUACIÓN PROTEGIDA

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado o mantenido desde que FREMAP le emitió el certificado médico de la situación de riesgo:

Fecha de la baja médica    Fecha del alta médica    ¿La baja tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia?

SI    NO

SI    NO

SI    NO

(Si ha contestado que sí ha tenido algún proceso de incapacidad temporal relacionado con su situación de embarazo o lactancia, le rogamos aporte la información médica de que disponga en la revisión con el facultativo de FREMAP).

### 4. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF    % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general. Número de hijos:

Tabla de pensiones

Tipo voluntario

## 5. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Banco

IBAN:

Dirección de la Sucursal:

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

**MANIFIESTO**, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

En

, a

de

de

(Firma del trabajador)

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: [derechos\\_arco@fremap.es](mailto:derechos_arco@fremap.es). Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en [www.fremap.es](http://www.fremap.es). Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: [www.agpd.es](http://www.agpd.es)).

## DECLARACIÓN DE LA EMPRESA O DE LA TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

No cumplimentar en el caso de empleadas del hogar. En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena, es preceptivo acompañar con este documento el informe del servicio de vigilancia de la salud de la empresa al que se refiere el apartado 3.

D/D<sup>a</sup>.

con DNI/NIE/TIE en calidad de

del organismo o empresa

con CCC

domicilio

núm. Localidad

C. Postal

Provincia

Teléfono

Correo Electrónico

**DECLARA** en relación con el cambio de puesto de trabajo o funciones de:

D<sup>a</sup>. socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta.

empresa con núm. de la Seguridad Social

y DNI/NIE/TIE

1. Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado <sup>(1)</sup>.

2. Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes:

3. En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa (no aplicable a las trabajadoras autónomas).

4. Por ello, se ha decidido que la suspensión del contrato de trabajo o el cese en la actividad de la trabajadora autónoma se inicie con fecha:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma y sello de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia)

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado. (Volver al punto 1)

**NOTA:** Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

## DECLARACIÓN DEL TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

D/D<sup>a</sup>.

con DNI/NIE/TIE en calidad de titular del hogar familiar con núm. de C.C.C.

domicilio

núm. Localidad C. Postal Provincia

Teléfono Correo Electrónico

**DECLARA** que:

D<sup>a</sup>.

empleada de este hogar familiar con núm. de la Seguridad Social y DNI/NIE/TIE

1. Que en relación con la posibilidad de adaptación del puesto de trabajo o con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado (1).
2. Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes:
3. Por ello, se ha decidido que la suspensión del contrato de trabajo se inicie con fecha:

En , a de de

(Firma el titular del hogar familiar)

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado. (Volver al punto 1)

**NOTA:** Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

## DECLARACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Sólo para las Solicitudes de las Trabajadoras Autónomas, salvo las incluidas en el SETA y las TRADE

D/D<sup>a</sup>.

con Número de afiliación a la Seguridad Social

con DNI

y con domicilio en

**declara bajo su responsabilidad que:**

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza  Si  No

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en

y teléfono  que la actividad económica, oficio o profesión es la de

, y que durante la situación de suspensión de la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestionado por:

a. Familiar:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

DNI

CCC de la empresa

Parentesco

a. Empleado del establecimiento:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

DNI

CCC de la empresa

b. Gestionado por otra persona:

D./Dña.

Núm. de Afiliación a la Seguridad Social

DNI

CCC de la empresa

2. Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal del titular del establecimiento.

3. Por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de

que tiene su domicilio en

, tfno.

En

, a

de

de

(1) Si se marca la casilla NO deberá cumplimentar el punto 3.

(Firma del trabajador)

**NOTA:** Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

### DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Declaración de la empresa o de la trabajadora autónoma sobre la inexistencia de puestos de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora. Si la trabajadora por cuenta propia presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, la declaración deberá ser cumplimentada por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente.
2. En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
  - a. Informe del Servicio de Vigilancia de la Salud de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora.
  - b. Certificado de cotizaciones de la empresa.
3. En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
  - a. Declaración de situación de la actividad (no aplicable a las trabajadoras del SETA y a las TRADE).
  - b. Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico. De no aportarse los recibos correspondientes al mes en que se suspenda la actividad o la de los dos meses previos a éste, se presumirán abonados pero la mutua deberá proceder a comprobarlo con posterioridad, reclamando en su caso las prestaciones indebidamente percibidas.
4. En el caso de las empleadas del hogar:
  - a. Declaración del titular del hogar familiar, que se adjunta con este formulario.
  - b. Certificado de cotizaciones del empleador, mediante el formulario que le entregará FREMAP.
5. Y el modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado (excepto País Vasco y Navarra, supuestos en los que debe acompañarse, en su lugar, fotocopia del Libro de Familia para acreditar la fecha de nacimiento de los hijos).

### FREMAP INFORMA

La trabajadora estará obligada a comunicar a FREMAP cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o a la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.