

**ASEPEYO**

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

1

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

– Comience por esta misma página, pero antes lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.
Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social		DNI - NIE - TIE		Teléfono de contacto
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Puerta	
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad
Régimen					

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

☐ RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	
Fecha de suspensión del contrato	Fecha de cese en la actividad
Fecha probable del parto	
☐ RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	
Fecha de suspensión del contrato	Fecha de cese en la actividad
Fecha nacimiento del hijo	

3. OTROS DATOS

3.1 DATOS FISCALES					
Tipo voluntario de retención por IRPF %					
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 pensionistas ☐ Tipo voluntario %					
3.2 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia					
3.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)					
Domicilio: (calle o plaza)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad		Provincia		País
3.4 INFORMACIÓN TELEMÁTICA					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección					

4. ALEGACIONES

5. TRANSFERENCIA BANCARIA

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA						DOMICILIO										Número					
C. POSTAL		LOCALIDAD								PROVINCIA											
☐ Número																					
Código Cuenta Cliente (CCC)																					
☐				ENTIDAD				OFICINA/SUCURSAL				DÍGITO CONTROL		NÚMERO DE CUENTA							
☐ EN CUENTA/LIBRETA																					
☐ Restringida																					
☐ Ordinaria																					

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 enterado de la obligación de comunicar a esta Mutua 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 la Mutua, 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.

....., a de de 20

Firma de la solicitante,

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. DATOS PERSONALES.- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD.- Cruce con un aspa la prestación que solicita. Consigne la fecha que proceda.

3. OTROS DATOS.

3.1 DATOS FISCALES. Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (art. 82 del Reglamento del IRPF), que se adjunta a esta solicitud.

En el caso de no optar por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.

3.2 La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.

3.3 El DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibir las en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.

3.4 La INFORMACIÓN TELEMÁTICA sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por estos medios.

4. ALEGACIONES.- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

5. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.- Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.

Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

El solicitante, conoce y autoriza el registro y tratamiento informático de los datos facilitados en el fichero informático, del que es responsable ASEPEYO, con estricta confidencialidad. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 el solicitante tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición. ASEPEYO ha adoptado las medidas técnicas y organizativas para garantizar la seguridad e integridad de los datos, así como para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN

EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR

1.- Acreditación de identidad del interesado mediante la siguiente documentación en vigor:

- Españolas: Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Extranjeras:
 - Número de identificación de extranjero (NIE) y pasaporte o documento/carta de su país (UE, EEE y Suiza).
 - Tarjeta de identidad de extranjero (TIE), resto de países.

PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR Y FOTOCOPIAS COMPULSADAS O COPIAS PARA PROCEDER A SU COMPULSA

2.- Documentación relativa a la cotización:

- Trabajadora por cuenta ajena del **Régimen General**: Certificación de empresa debidamente cumplimentado.
- Trabajadora por cuenta ajena del **Régimen Especial Agrario**: Certificado de empresa, cumplimentado conforme al TC 2/8 del mes anterior al inicio de la suspensión del contrato de trabajo y justificantes de pago de los tres últimos meses (TC 1/9).
- Para las **Artistas y Profesionales Taurinas** declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5) que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
- **Trabajadora por cuenta propia**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses.
- **Representantes de Comercio**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses (TC 1/3).

DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL RIESGO

3.- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que la asiste.

- #### 4.- Declaraciones de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia.(1)
- Trabajos y actividades realizadas por la trabajadora, condiciones del puesto de trabajo, categoría y riesgo específico.
 - Inexistencia de otro puesto compatible con su estado
 - Declaración de la SUSPENSIÓN DE CONTRATO.

OTRA DOCUMENTACIÓN:

5.- Declaración de situación de actividad, sólo para las trabajadoras del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

6.- Libro de familia, para la prestación de “riesgo durante la lactancia natural”.

7.- Comunicación de datos al pagador.

(1) En caso de socias de sociedades cooperativas o laborales, la declaración se emitirá por el gerente o administrador de la sociedad.