

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA SOBRE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

IMPORTANTE: El certificado médico que solicita, justificará en su caso, la necesidad del cambio de puesto de trabajo o de las funciones que realiza. Sólo si dicho cambio no se produce por los motivos previstos legalmente, podrá acceder con posterioridad a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

1. Datos personales

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		DNI-NIE-Pasaporte
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	Nº de Seguridad Social ____ / ____ / ____
Domicilio: Calle o Plaza	Localidad	Provincia		Código postal

2. Datos de la empresa

Nombre o Razón Social	Código Cuenta Cotización
-----------------------	--------------------------

Solicito el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con mi estado por:

- Riesgo durante el embarazo, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la del feto
- Riesgo durante la lactancia natural, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la de mi hijo.

Describa como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado

.....
.....
.....
.....
.....

3. Procesos de IT en los seis meses anteriores: Sí No

Baja	Alta	Relacionada con embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------	------------------------	--

En , a de de 20.....

Firma de la solicitante

Con esta solicitud debe presentar

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural. (modelo CP-REL-F6 informe médico, Servicio Público de Salud)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo si lo tuviere
- Informe de riesgos emitido por la empresa (modelo CP-REL-F2 DESCRIPCION RIESGOS) (Este modelo es complementario a la evaluación de riesgos del servicio de prevención o, en su caso, sustituto de éste cuando la empresa carezca de servicio de prevención.)



Da ha presentado en esta Mutua solicitud de prestaciones por riesgo de embarazo – lactancia natural, adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- Informe médico embarazo/lactancia Servicio Público Salud. (Modelo CP-REL-F6).
- Evaluación de riesgos laborales del puesto de trabajo.
- Descripción puesto de trabajo (Modelo CP-REL-F2).
- Certificado empresa sobre bases de cotización (Modelo M.31.03/02).
- Certificado de empresa sobre inexistencia de puesto compatible e inicio de suspensión del contrato (Modelo CP-REL-F4).
- Declaración de situación de actividad (Modelo M.31.03/03).
- Informe médico complementario.
- Modelo 145 Agencia Tributaria.
- Libro de Familia
- DNI-NIE- Pasaporte.
-

En a, de de 20.....

Por la Mutua



Recordatorio de los requisitos legales y del procedimiento de tramitación

Previo a la tramitación de la prestación, el empresario o empresaria debe haber realizado las acciones que en el **Art. 26 de la Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, sobre la protección de la maternidad, se establecen:

- Tener recogido en la **evaluación de riesgos del puesto de trabajo** de la trabajadora en situación de embarazo, lactancia o parto reciente, **de forma específica**, la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de la misma o del feto.
- **Adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo del puesto**, en función de los resultados de esa evaluación específica de riesgos, de tal manera que se eliminen o se minimicen los riesgos para que sean tolerables para la mujer embarazada o en periodo de lactancia.
- **Cambiar a la trabajadora a un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado**, en el caso de que la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resulte posible o que, a pesar de tal adaptación, las condiciones del puesto de trabajo puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada o del feto. El empresario o empresaria debe determinar, previa consulta con los representantes de los trabajadores, la relación de puestos de trabajo exentos de riesgos a estos efectos.
-

Una vez aportada la documentación correspondiente a la 1^a fase de la tramitación (acreditación del riesgo), el **Servicio médico de Mutualia** se pondrá en contacto con la trabajadora a fin de **valorar la existencia de riesgo** en el puesto de trabajo, y en su caso, un **técnico de Prevención de Mutualia** podrá ponerse en contacto con la empresa, existiendo la posibilidad de realizar una visita, con el objeto de **verificar los datos aportados**. Si el certificado es positivo (existe riesgo) y la empresa certifica que no tiene otro puesto de trabajo compatible con su estado, el empresario tiene que suspender el contrato de trabajo y la trabajadora solicitar la prestación por riesgo durante el embarazo o la lactancia (2^a fase de la tramitación: Abono de la prestación).

No obstante, en referencia a lo dispuesto en el **Art. 39.6 del R.D. 295/2009**, de 6 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de esta prestación, **en caso de que se detecten contradicciones** entre lo manifestado por la empresa y la comprobación realizada por Mutualia, o concurran indicios de posible connivencia para obtener la prestación, **se podrá solicitar informe a Inspección de Trabajo y Seguridad Social** al objeto de que ésta manifieste su conformidad o discrepancia en relación a las medidas adoptadas por la empresa, que pueda determinar el derecho al subsidio por riesgo durante el embarazo.