



mutualia

Gizarte Segurantzarekin lankidetzeta duen 2. ziklo Mutua
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social Nº 2

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.

Describe 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.)



D^a 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,dede 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 1ª fase de la tramitación (acreditación del riesgo), el **Servicio médico de Mutua** 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 Mutua** 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 (2ª 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 Mutua, 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.