



mutualia

Gizarte Segurantzarekin lankidetzan duen 2. ziklo Mutua
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social N° 2

SOLICITUD DE PRESTACION POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

1. Datos de la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
TIPO DE IRPF VOLUNTARIO (Superior al obligatorio según Normativa fiscal)	Nº de hijos a cargo		

2. Datos de la empresa

Nombre o razón social	Código Cuenta Cotización
-----------------------	--------------------------

3. Motivo de la solicitud

Riesgo durante el embarazo..... <input type="checkbox"/>	Fecha suspensión contrato o cese actividad	___/___/___
Riesgo durante la lactancia natural..... <input type="checkbox"/>	Fecha suspensión contrato o cese actividad	___/___/___

4. Hijos/as a cargo

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Incapacitado Si/No	Trabaja Si/No	Rentas año anterior	Rentas año en curso

5. Datos bancarios

IBAN:	CÓDIGO PAÍS	CCC					
		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA			

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

En, a de de 20.....

Firma de la solicitante



Con esta solicitud se debe presentar la siguiente documentación

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado (Modelo CP-REL-F3).
- Impreso a efectos IRPF (modelo 145 de la Agencia Tributaria), excepto para residentes en país Vasco y Navarra.
- Libro de familia con inscripción del hijo, en supuestos de prestación por riesgo durante la lactancia natural.
- Certificado de empresa sobre inexistencia de puesto compatible e inicio de suspensión del contrato (Modelo CP-REL-F4).
- Trabajadora por cuenta ajena.
 - Certificado de empresa (Modelo M.31.03/02) sobre bases de cotización.
- Trabajadora por cuenta propia.
 - Justificante de pago de las cuotas tres últimos meses.
 - Declaración de situación de actividad (Modelo M.31.03/03).
- Artistas y profesionales taurinas.
 - Declaración de actividades a la Seguridad Social (Modelo TC 4/6).
- Representantes de comercio.
 - Justificante de pago de las cuotas tres últimos meses.

Si anteriormente a esta solicitud, no se ha presentado la SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, en su caso, se deberá aportar esta solicitud (Modelo CP-REL-F1), junto con:

- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificado del pediatra confirmando la situación de lactancia natural. (Modelo CP-REL-F6).
- Evaluación de riesgos laborales del puesto de trabajo.
- Informe de riesgos emitido por la empresa (Modelo CP-REL-F2).
- DNI-NIE- Pasaporte.
- -

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.
-

NOTA: Puede consultar el calendario de pagos en www.mutualia.es/es/calendario-de-pagos

En a,dede 20.....

Por la Mutua