



mutua gallega

SOLICITUDE PRESTACIÓNS POR RISCO DURANTE O EMBARAZO OU LACTACIÓN NATURAL

1. DATOS DA SOLICITANTE

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	DNI/NIF/NIE
TIPO IRPF VOLUNTARIO (Superior ao obrigatorio segundo Normativa Fiscal)			
_____ %			

2. DATOS DA EMPRESA

NOME OU RAZÓN SOCIAL	Nº CÓDIGO CONTA COTIZACIÓN (CCC)
	/ /

3. MOTIVO DA SOLICITUDE

Risco durante o embarazo	<input type="checkbox"/>	Data suspensión contrato ou cesamento da actividade	___ / _____ / ____
Risco durante a lactación natural	<input type="checkbox"/>	Data suspensión contrato ou Cesamento da actividade	___ / _____ / ____

4. DATOS BANCARIOS

IBAN											

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente solicitude de pagamento directo que subscribo para que se me recoñeza a prestación por risco durante o embarazo ou a lactación natural e manifesto que quedo informada da obriga de comunicarlle á Mutua calquera variación que se produza neles mentres perciba a prestación.

_____ de _____ de _____

Sinatura da solicitante

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola interesada, pola súa empresa, ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABAJO E serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informarnos dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar, se é o caso, o consentimento necesario.

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 201





mutua gallega

SOLICITUDE PRESTACIÓNS POR RISCO DURANTE O EMBARAZO OU LACTACIÓN NATURAL

Con esta solicitude débese presentar a seguinte documentación

- Impreso de solicitude debidamente cuberto (M-CP-05.03)
- Impreso para efectos de IRPF (modelo 145 da Axencia Tributaria), agás para residentes no País Vasco e Navarra
- Libro de familia con inscrición do fillo, en supostos de prestación por risco durante a lactación natural.
- Traballadora por conta allea:
 - Certificado de empresa
- Traballadora por conta propia:
 - Xustificante pagamento das cotas dos tres últimos meses
 - Declaración situación de actividade
- Artistas e profesionais taurinas
 - Declaración de actividades á Seguridade Social (Modelo TC 4/6)
- Representantes de comercio
 - Xustificante pagamento das cotas dos tres últimos meses

Se anteriormente a esta solicitude, non se presentou a SOLICITUDE DE CERTIFICACIÓN MÉDICA de risco durante o embarazo ou a lactación natural, se é o caso, deberase achegar esta solicitude (M-CP-05.01), xunto con:

- Informe médico do facultativo do Servizo Público de Saúde sobre embarazo e data probable de parto ou, se é o caso, certificado do pediatra confirmando a situación de lactación natural. (M-CP-05.06)
- Avaliación de riscos do posto de traballo.
- Informe de riscos emitido pola empresa (M-CP-05.02)
- DNI ou documento equivalente

Dna. _____ presentou nesta Mutua a solicitude de prestacións por risco durante o embarazo / lactación natural, achegando coa súa solicitude a seguinte documentación:

- Informe médico embarazo / lactación Servizo Público Saúde
- Avaliación de riscos do posto de traballo
- Modelo descrición do posto de traballo
- Modelo datos salariais
- Modelo declaración empresarial
- Modelo situación de actividade
- Informe médico complementario
- Modelo 145 Axencia Tributaria
- Libro familia
- DNI
- _____

_____ de _____ de _____

Pola Mutua

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola interesada, pola súa empresa, ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABALLO E serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informarnos dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar, se é o caso, o consentimento necesario.