

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO / LACTANCIA NATURAL Y PRESTACIÓN ECONÓMICA

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Teléfono	Móvil	Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE		Fecha de nacimiento		
Domicilio (calle o plaza)				Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia		e-mail (*)			

(*) Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

- Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

Indicar Régimen de Alta a la Seguridad Social (resto de casillas según proceda):

<input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajadora del SETA	<input type="checkbox"/> TRADE	<input type="checkbox"/> Autónoma que presta sus servicios sociedad cooperativa, laboral o mercantil	<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores
<input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta ajena (indicar tipo contrato)	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo Fecha fin campaña: _____	<input type="checkbox"/> Eventual/Duración determinada Fecha fin contrato: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial
<input type="checkbox"/> Trabajadora otros regímenes	Indicar Régimen de alta en la Seguridad Social: _____			

Datos de la Situación Protegida:

<input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo Semana de gestación (a fecha de la solicitud): _____ Fecha prevista de parto: _____ Embarazo múltiple: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural Fecha de parto: _____ Fecha de finalización permiso maternidad: _____ Opción para el otro progenitor de disfrute de la maternidad: <input type="checkbox"/> Si (adjuntar resolución de maternidad) <input type="checkbox"/> No
---	---

Procesos de Incapacidad Temporal anteriores.

Fecha de la baja médica	Fecha del alta médica	Existía relación entre su baja médica y su situación de embarazo o lactancia:
1ª) _____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2ª) _____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3ª) _____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Finalizados en el mes de la solicitud o en el inmediatamente anterior.		(Rogamos aporte documentación médica junto a esta solicitud, en la que se indique que su proceso de IT está totalmente resuelto y no supone en la actualidad un riesgo para su embarazo).
Aportar reconocimiento médico tras ausencia prolongada por motivos de salud, en caso de baja médica por incapacidad temporal de duración de 60 días o más inmediatamente anteriores a la solicitud (excepto autónomos y empleados de hogar).		
En los supuestos de educación (hasta 3º de primaria), guarderías y sanitarios, se deberá aportar cartilla de vacunación, o en su defecto, serología requerida.		

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte
--------------------	-------------------

2- DATOS BANCARIOS

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO CUENTA CORRIENTE

Ponga especial atención a la hora rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando se haga el ingreso. Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

3- DATOS FISCALES

Tipo voluntario de I.R.P.F.: _____ % (Deberá adjuntar Modelo 145-Comunicación de datos al pagador cumplimentado por Ud.. No se aceptará un porcentaje solicitado inferior al legal establecido)
--

4- MUTUA ASEGURADORA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

DATOS A CUMPLIMENTAR PARA TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA

5- DATOS DE LA EMPRESA – ASESORIA

Nombre de la empresa	C.C.C.	Teléfono
Dirección	Localidad	Código Postal
Asesoría / Gestoría	Tf. Asesoría	e-mail (*)

(*)Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

- Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

6- DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA

a) Describa con detalle las funciones que realiza

En caso de pluriactividad o pluriempleo, indique la jornada de trabajo y las actividades que realiza

Si está disfrutando de vacaciones, indique la fecha de finalización.

b) Indique cómo se ha adaptado su puesto de trabajo o funciones que realiza a su nuevo estado

c) ¿Por qué no ha considerado suficientes o correctas esas adaptaciones?

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte
--------------------	-------------------

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición por Riesgo durante el Embarazo, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma de la interesada

En _____, a _____ de _____ de _____

Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. N° 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

- Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. N°11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

DATOS A CUMPLIMENTAR SOLO SI SE TRATA DE TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA

5- DATOS DE LA TRABAJADORA

Actividad del negocio	Nombre comercial	
Código Cuenta Cotización	Dirección de correo electrónico	Teléfono
Domicilio	Código Postal	Localidad

6- DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA

a) Describa con detalle las funciones que realiza

Indique el número de trabajadores por cuenta ajena de su empresa	Indique el número de autónomos que trabajan en su misma empresa	¿Las funciones que Ud. realiza, también las desarrollan otros trabajadores por cuenta ajena o autónomos de su empresa?
--	---	--

En caso de pluriactividad o pluriempleo, indique la jornada de trabajo y las actividades que realiza:

Si está disfrutando de vacaciones, indique la fecha de finalización.

b) Indique cómo ha procurado adaptar sus funciones a su actual estado.

c) ¿Por qué no ha considerado suficientes o correctas esas adaptaciones?

Indique el HORARIO DE TRABAJO HABITUAL que realiza:

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en so sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición por Riesgo durante el Embarazo, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma de la interesada

En _____, a _____ de _____ de _____

Una vez comprobada toda la documentación, notificaremos la resolución en un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de recepción de la solicitud completa.

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte
--------------------	-------------------

Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

- Asimismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

**CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD
DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO**

D/D^a _____
con DNI-NIE-TIE _____ del organismo o empresa _____
con núm. de código de cuenta de cotización _____ y domicilio _____
núm. _____ Localidad _____ C. Postal _____ Provincia _____
Teléfono _____ Correo Electrónico _____

DECLARA que: D^a _____ socia trabajadora/trabajadora/TRADE¹ de esta
empresa con núm. de la Seguridad Social _____ y DNI-NIE-TIE _____

1.- Realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son

2.- Su categoría profesional es de _____
Tipo de contrato _____
Trabajo a turnos: SI NO
Horario habitual de la jornada laboral _____

3.- Que los riesgos durante la situación de embarazo o lactancia natural, que se contemplan en la evaluación realizada por el servicio de prevención, son los siguientes (deberán describirse los riesgos con detalle, siendo preciso acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora la evaluación del puesto de trabajo)².

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que _____³ figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa previa consulta con los representantes de los trabajadores (la relación deberá acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora)⁴

5.- Las actuaciones desarrolladas para intentar adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo han sido las siguientes:

6.- En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo del trabajo _____³ ha sido posible, por lo que _____² pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del lactante. En su caso, la imposibilidad de adaptación se ha debido a las siguientes razones (describir detalladamente):

_____ a _____ de _____ de 20____
(Firma y sello de la empresa)

¹ Táchese lo que no proceda

² Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

³ Indicar si o NO

⁴ Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

- 1.- Fotocopia (por ambas caras) del NIF-NIE.
- 2.- En el caso de trabajadoras embarazadas, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.
- 3.- En el caso de trabajadoras en situación de lactancia natural, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la lactancia natural y la fecha del parto.
- 4.- En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - 4.1 - Certificado de la empresa, que se adjunta a este formulario, sobre la actividad que desarrolla y las condiciones de su puesto de trabajo.
 - 4.2 - Informe Técnico de Evaluación de Riesgos e Informe de evaluación de Vigilancia de la salud de su puesto de trabajo realizado por su Servicio de Prevención, que le facilitará su empresa ("Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales").
 - 4.3 - Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo, que le facilitará su empresa (este apartado llevará una nota al pie del recuadro que indique "Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales").
- 5.- En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
 - 5.1 - Fotocopia de los últimos tres recibos del abono de las cuotas al RETA.
 - 5.2 - Si la trabajadora presta sus servicios en una sociedad cooperativa, sociedad laboral o mercantil, el certificado que se adjunta deberá ser cumplimentado por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente. En los demás casos de trabajadoras por cuenta propia, no deberá cumplimentarse dicho certificado.
- 6.- Cartilla de Embarazada en el que conste el seguimiento del embarazo actual.

MAZ Mutua Colaboradora con la Seguridad Social Nº 11 INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integren el expediente tramitado por MAZ, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma.

La trabajadora estará obligada a comunicar a MAZ cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular MAZ, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de MAZ, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MAZ Mutua colaboradora con la Seguridad Social Nº 11.