

Nº Expediente:

Sello Entrada

**Solicitud de Certificado Médico de Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural
y Prestación Económica**

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombre: **D.N.I. / N.I.E.:**

Domicilio:
Localidad:..... C.Postal: Provincia:
Teléfono fijo.....

Teléfono Móvil: **Correo electrónico:**.....

Le informamos que Mutua Navarra podrá utilizar estos datos para sus comunicaciones, citaciones o notificaciones, haciéndose usted responsable de su recepción con los efectos que de ello se deriven.

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social:

Localidad:.....

Si existe contrato temporal, fecha de finalización ___/___/___

En caso de pluriempleo/pluriactividad:

Nombre o Razón Social:

Puesto de trabajo:

% de jornada:

SITUACIÓN DE RIESGO Señale en la parte que corresponda

Durante el embarazo

Durante la lactancia natural

Fecha prevista de parto ___/___/___

Fecha de parto ___/___/___

¿Embarazo múltiple? No Sí

Se encuentra en situación de Incapacidad

Fecha de reincorporación al trabajo

Temporal No Sí, desde ___/___/___

tras la prestación de maternidad ___/___/___

Adjúntese copia/s del parte de baja donde se incluya el diagnóstico

RETENCIÓN IRPF

Retención de IRPF deseada _____ %. La retención mínima a aplicar será la establecida legalmente para cada situación.

FIRMA:

Declaro, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados.

Solicito el Certificado Médico de Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y el abono de prestación solicitada manifestando mi consentimiento para que Mutua Navarra obtenga de la Tesorería General de la Seguridad Social los datos necesarios sobre los Certificados de cotización que se precisen para el cálculo de la prestación.

Fecha: ___/___/_____

Firmado por:

Nota: El personal de Mutua Navarra se reserva el derecho de consultar documentación adicional, relacionada con este expediente, en caso de considerarlo necesario para su gestión.

A rellenar por Mutua Navarra exclusivamente:

<input type="checkbox"/> Solicitud incompleta *Se le informará de la documentación pendiente de aportar en documento " subsanaación de defectos ".	<input type="checkbox"/> Solicitud completa
---	--

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud y su gestión administrativa. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la correcta tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, dpd@mutuanavarra.es

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en www.mutuanavarra.es

CONSENTIMIENTO PARA EL ENVIO DE SMS

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Además de para los tratamientos antes descritos, y en base a los datos facilitados por Vd., Mutua Navarra necesita su consentimiento para el:

- Envío de SMS con la finalidad de recordarle las fechas de sus citas médicas y facilitarle información sobre próximos pagos que va a recibir.

Firma, acepto

Firma, no acepto

Nº Expediente: Sello Entrada:

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

Siempre:

1. Solicitud de Certificado Médico de Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y Prestación Económica
2. Acreditación de la identidad del interesado, en vigor: Fotocopia del DNI, Pasaporte o NIE.
3. Fotocopia de la primera página de la libreta bancaria en la que aparezcan los 24 dígitos del IBAN. (El titular deberá coincidir con el solicitante).
4. Informe del facultativo de Servicio Público de Salud actualizado, en el que se acreditará la situación de embarazo y la fecha probable de parto o la situación de lactancia natural
5. Certificado de empresa o trabajador por cuenta propia, sobre situación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural conforme al modelo establecido.

Si tiene hijos a cargo y desea retención de IRPF inferior al mínimo

6. Última declaración la Renta.

En caso de la Solicitud de Certificado Médico de Riesgo durante la lactancia natural y Prestación Económica:

7. Copia de la Resolución de Maternidad de Seguridad Social y del libro de familia.
8. Una vez resuelto el expediente, mensualmente deberá justificar, mediante un "Certificado Médico de Lactancia", que el menor durante el mes de referencia está siendo alimentado con lactancia materna.

En casos de Autónomos, y después de la resolución de la prestación:

9. Declaración de Situación de Actividad, según el modelo de Mutua Navarra (www.mutuanavarra.es).
10. Justificantes de pago de las cuotas de Seguridad Social de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

En caso de encontrarse en situación de Incapacidad Temporal:

11. Partes de Baja y, en su caso, Alta.

Otros documentos:

12. La documentación adicional a aportar se requerirá por el personal de Mutua Navarra dependiendo del caso: