

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

### 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido				Segundo apellido				
Nombre			Teléfono		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE	Fecha de nacimiento
Domicilio (calle o plaza)								
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal		Localidad	
Provincia				Situación de IT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Fin de Contrato		e-mail

### 2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

Nombre de la empresa				C.C.C.		Teléfono	
Dirección				Localidad			Código Postal
Asesoría / Gestoría				Tel. Asesoría		e-mail Asesoría	
Nombre de la Sociedad de Prevención Ajena							

### 3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Ajena	Fecha de Suspensión del Contrato:	Fecha Probable de Parto:
<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Propia	Fecha de Cese de la Actividad:	Fecha Probable de Parto:

### 4. DOCUMENTACIÓN

<input type="checkbox"/> Certificado de Bases de Cotización.	<input type="checkbox"/> Evaluación de Riesgos del Puesto de Trabajo.	<input type="checkbox"/> Declaración situación de la Actividad (sólo cuenta Propia).
<input type="checkbox"/> Declaración Empresarial del Puesto de Trabajo y Riesgo.	<input type="checkbox"/> Fotocopia del NIF - NAE.	<input type="checkbox"/> Modelo 145 IRPF: Comunicación de datos al pagador.
<input type="checkbox"/> Declaración Empresarial de Suspensión del Contrato.	<input type="checkbox"/> Certificado Médico Servicio Público de Salud.	

### 5. DATOS BANCARIOS

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

### 6. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)
--

### 7. ALEGACIONES

--

### 8. A QUIÉN PERTENECE

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

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado 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 de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

Firma del interesado

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nota: De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en ficheros de su Mutua, con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar sus derecho de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, puede dirigirse mediante escrito a su Mutua.