

## Solicitud prestaciones por riesgo durante el embarazo o lactancia natural

### 1. Datos de la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NFI/NIE/TiE
TIPO DE IRPF VOLUNTARIO <small>(Superior al obligatorio según Normativa fiscal)</small>			

### 2. Datos de la empresa

Nombre o razón social	Nº código cuenta cotización (CCC)
-----------------------	-----------------------------------

### 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. Datos bancarios

Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.
- 
- Trabajadora por cuenta propia
  - Justificante pago de las cuotas tres últimos meses
  - Declaración situación de actividad (Modelo IT-F3)
- Artistas y profesionales taurinas
  - Declaración de actividades a la Seguridad Social (Modelo TC 4/6)
- Representantes de comercio
  - Justificante pago 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 del puesto de trabajo
- Informe de riesgos emitido por la empresa (Modelo CP-REL-F2)
- DNI o documento equivalente

D<sup>a</sup> ..... 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
- Evaluación riesgos del puesto de trabajo
- Modelo Corporación descripción puesto de trabajo
- Modelo corporación datos salariales
- Modelo corporación declaración empresarial
- Modelo corporación situación actividad
- Informe médico complementario
- Modelo 145 Agencia Tributaria
- Libro familia
- DNI
- .....

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Por la Mutua,

CP-REL-F3