

## 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

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 debe presentar la siguiente documentación**

- Impreso IRPF (Modelo 145 de la Agencia Tributaria), excepto para residentes País Vasco y Navarra.
- Certificado de empresa para la solicitud de prestaciones por riesgo embarazo o lactancia natural, datos suspensión. (Modelo CP-REL-F4)
- Trabajadora por cuenta ajena:
  - Certificado de empresa.
  - Fotocopias de las nóminas de los tres meses anteriores a la fecha de suspensión del contrato. (En caso de nóminas con conceptos variables y/o no periódicos serán necesarias las 12 nominas anteriores)
- Trabajadoras por cuenta propia:
  - Fotocopia de los boletines de cotización de los dos meses anteriores a la fecha de suspensión.
  - Declaración de situación de actividad.
- .....
- .....

Dª .....ha presentado en esta Mutua solicitud de la prestación por riesgo durante el embarazo-lactancia , adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- Impreso IRPF (Modelo 145 de la Agencia Tributaria), excepto para residentes País Vasco y Navarra.
- Certificado de empresa para la solicitud de prestaciones por riesgo embarazo o lactancia natural, datos suspensión. (Modelo CP-REL-F4)
- Trabajadora por cuenta ajena:
  - Certificado de empresa.
  - Fotocopias de las nóminas de los tres meses anteriores a la fecha de suspensión del contrato. (En caso de nóminas con conceptos variables y/o no periódicos 12 nóminas)
- Trabajadoras por cuenta propia:
  - Fotocopia de los boletines de cotización de los dos meses anteriores a la fecha de suspensión.
  - Declaración de situación de actividad.

.....  
.....

**Solicitud completa** SI  NO

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

Por la Mutua,