

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

### 1. Datos de la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/TiE

### 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. Otros datos

¿Solicita que se le aplique el descuento de IRPF desde el inicio de la prestación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si su respuesta ha sido positiva, debe indicar el tipo de IRPF:      % (este no podrá ser inferior al mínimo establecido en materia fiscal)
En caso contrario, le informamos que si usted no ha seleccionado un tipo de IRPF voluntario, cuando el importe acumulado de su prestación supere el mínimo exento establecido en materia fiscal para su situación personal y familiar, procederemos a regularizarle el IRPF que le hubiera correspondido por el total de las prestaciones percibidas o previstas en el ejercicio fiscal, el cual será aplicado en los últimos meses del año.

### 5. Datos bancarios

**Autorizo**, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme vía telemática, tanto a la dirección de correo electrónico como al teléfono móvil que se detallan en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. **Autorizo**      **No Autorizo**

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

### CLÁUSULA INFORMATIVA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

De conformidad con el Reglamento general de Protección de Datos EU 2016/679 (RGPD), le informamos que sus datos serán tratados, como responsable, por MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115 (CESMA), con la finalidad de gestionar o tramitar su solicitud de prestación económica.

Dichos datos no serán cedidos a ningún destinatario, excepto a los que legalmente estuviéramos obligados.

Por interés legítimo de CESMA, para poder mejorar en los servicios que le prestamos e incrementar su grado de satisfacción, le informamos que usaremos los datos de contacto para poder realizar encuestas de satisfacción sobre la atención recibida.

La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del Convenio de Asociación suscrito entre su empresa y CESMA, así como el 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.

Los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa mencionada, en cualquier momento puede ejercitar los derechos, respecto de sus datos personales, de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como poder revocar el consentimiento en cualquier momento, enviando un escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI, o documento acreditativo equivalente a MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115, Avenida Nuestra Señora de Otero s/n (51002 CEUTA).

En caso de querer consultar cualquier información sobre la gestión de sus datos personales, podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo: [dpd@mutuacesma.com](mailto:dpd@mutuacesma.com).

Igualmente tendrá derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan nº 6, 28001, Madrid, contacto: [www.agpd.es](http://www.agpd.es), tlf: 912663 517

**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.
- .....
- .....

D<sup>a</sup> .....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,