

SOL·LICITUD DE CERTIFICAT MÈDIC SOBRE L'EXISTÈNCIA DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL (REL)

Empleni aquest imprès de la forma més exacta possible per a així facilitar el tràmit de la prestació. Abans de començar, llegeixi detingudament les instruccions. Recomanem que escrigui amb l'ordinador per tal d'evitar errors d'interpretació. Si escriu a mà utilitzi lletres majúscules i escrigui amb claredat.
Telèfon de contacte: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SEGELL D'ENTRADA

Nº d'expedient:

La complimentació defectuosa o incorrecta d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen podrà exigir la seva subsanació i, mentre aquesta no es produeixi, demorarà la tramitació de la sol·licitud.

MOLT IMPORTANT: el certificat mèdic que sol·licita justificarà en el seu cas la necessitat del canvi de lloc de feina o de les funcions que realitza. Només si aquest canvi no es produeix pels motius previstos legalment, podrà accedir amb posterioritat a la prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural.

1. DADES PERSONALS

PRIMER COGNOM		SEGON COGNOM		NOM	
DATA DE NAIXEMENT / /	NIF / NIE	NACIONALITAT	NÚMERO D'AFILIACIÓ SEURETAT SOCIAL / /		
DOMICILI (CARRER O PLAÇA) a efectes fiscals			NÚMERO	BLOC	ESCALA PIS PORTA
LOCALITAT		PROVÍNCIA		CODI POSTAL	
TELÈFON FIX	TELÈFON MÒBIL	CORREU ELECTRÒNIC			
Treballadora d'alta a la Seguretat Social (marcar caselles com procedeixi)					
Treballadora per compte propi	<input type="checkbox"/> Autònoma que presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil <input type="checkbox"/> Trabajadora del SETA <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores				
Treballadora per compte aliena (tipus de contracte)	<input type="checkbox"/> Fix <input type="checkbox"/> Fix discontinu (fi de campanya) <input type="checkbox"/> Eventual (fi de contracte) <input type="checkbox"/> A temps parcial Horari:				

2. DADES DE LA SITUACIÓ PROTEGIDA

Se sol·licita el certificat mèdic sobre la necessitat de canvi de lloc o de funcions compatibles amb l'estat de la sol·licitant per:

RISC DURANT L'EMBARÀS RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL

Semana de gestació a esta fecha: Data del part: / /

Data prevista de part: / / Data de finalització permís de maternitat: / /

És embaràs geminat? NO SÍ S'ha escollit que l'altre progenitor gaudeixi part del permís de maternitat?
 NO SÍ (Si s'indica que sí, haurà de consignar-se la data en la qual s'extingirà el permís de maternitat cedit a l'altre progenitor / /)

Ha estat de baixa durant els darres 9 mesos? NO SÍ

Data de la baixa mèdica / /	Data de l'alta mèdica / /	La baixa va tenir relació amb la seva situació d'embaràs o lactància? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
/ /	/ /	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
/ /	/ /	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

3. DADES DE L'ACTIVITAT LABORAL O PROFESSIONAL			
RAÓ SOCIAL	CODI COMPTE COTITZACIÓ / /		TIPUS DE CONTRACTE
DOMICILI COMPLET (CARRER O PLAÇA) a efectes fiscals			CODI POSTAL
LOCALITAT	PROVÍNCIA	PAÍS	TELÈFON
Dades de l'empresa (a complimentar per la treballadora)			
ACTIVITAT, TIPUS I LLOC ESPECÍFIC ON DESENVOLUPA LA SEVA PROFESSION			
DESCRIGUI AMB DETALL LES FUNCIONS QUE REALITZA I EL SEU HORARI HABITUAL			
DESCRIGUI COM S'HA PROCURAT ADAPTAR EL SEU LLOC DE FEINA AL SEU ESTAT ACTUAL			
INDIQUI PER QUÈ S'HA CONSIDERAT NO PROCEDENT O INSUFICIENT L'ADAPTACIÓ DEL SEU LLOC DE FEINA			

DECLAR, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consign en la present sol·licitud, manifestant, igualment, que qued assabentat de l'obligació de comunicar a MUTUA BALEAR qualsevol variació d'aquestes que pogués produir-se mentre percebi la prestació.

SOL·LICIT, mitjançant la signatura del present imprès, que se m'extengui el certificat mèdic que justifiqui la necessitat del canvi de lloc o funcions que desenvolup com a conseqüència del risc durant l'embaràs o la lactància natural.

A _____ el _____ de _____ de 20 _____

Signatura

Abans de signar aquest formulari, ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que es troba més avall

Informació bàsica sobre privacitat

Totes les dades són obligatòries per a la correcta tramitació de la seva sol·licitud. El responsable del tractament és MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalitat és l'evaluació, control i gestió del seu dret a prestacions, compliment d'obligacions legals i finalitats de gestió de la qualitat. Els interessats tenen dret a sol·licitar l'accés, la rectificació o supressió, la limitació del tractament i la portabilitat de les seves dades, així com a oposar-se al seu tractament i a presentar una reclamació davant una autoritat de control. Més informació sobre protecció de dades i els seus drets a les polítiques de privacitat aplicables a la gestió de prestacions i als pacients publicades a <https://www.mutuabalear.es/ca/portal-privacitat>. Contacte DPD: dpd@mutuabalear.es