

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO SOBRE LA EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL (REL)

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

MUY IMPORTANTE: el certificado médico que solicita justificará en su caso la necesidad del cambio de puesto de trabajo o de las funciones que realiza. Solo si dicho cambio no se produce por los motivos previstos legalmente, podrá acceder con posterioridad a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

1. DATOS PERSONALES										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE				
FECHA DE NACIMIENTO / /		NIF / NIE		NACIONALIDAD		NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL / /				
DOMICILIO (CALLE O PLAZA) a efectos fiscales						NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
LOCALIDAD				PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO						
Trabajadora de alta en la Seguridad Social (marcar casillas como proceda)										
Trabajadora por cuenta propia		<input type="checkbox"/> Autónoma que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> Trabajadora del SETA <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores								
Trabajadora por cuenta ajena (tipo de contrato)		<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo (fin de campaña) <input type="checkbox"/> Eventual (fin de contrato) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial Horario:								

2. DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA	
Se solicita el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto o de funciones compatibles con el estado de la solicitante por:	
<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	
Semana de gestación a esta fecha: Fecha del parto: / / Fecha prevista de parto: / / Fecha de finalización permiso de maternidad: / /	
¿Es embarazo gemelar? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (Si se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al otro progenitor / /)
¿Ha estado de baja en los últimos 9 meses? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
Fecha de la baja médica / /	Fecha del alta médica / /
Fecha de la baja médica / /	Fecha del alta médica / /
Fecha de la baja médica / /	Fecha del alta médica / /
¿La baja tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia? <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. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL			
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / /	TIPO DE CONTRATO
DOMICILIO COMPLETO (CALLE O PLAZA) a efectos fiscales			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO
Datos de la empresa (a cumplimentar por la trabajadora)			
ACTIVIDAD, TIPO Y LUGAR ESPECÍFICO DONDE DESARROLLA SU PROFESIÓN			
DESCRIBA CON DETALLE LAS FUNCIONES QUE REALIZA Y SU HORARIO HABITUAL			
DESCRIBA COMO SE HA PROCURADO ADAPTAR SU PUESTO DE TRABAJO A SU ACTUAL ESTADO			
INDIQUE POR QUÉ SE HA CONSIDERADO NO PROCEDENTE O INSUFICIENTE LA ADAPTACIÓN DE SU PUESTO DE TRABAJO			

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 MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se me extienda el certificado médico que justifique la necesidad del cambio de puesto o funciones que desarrollo como consecuencia del riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de la su solicitud

Información básica sobre privacidad

Todos los datos son obligatorios para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Más información sobre protección de datos y sus derechos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>. Contacto DPD: dpd@mutuabalear.es

