

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

### 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido				Segundo apellido				
Nombre			Teléfono		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE	Fecha de nacimiento
Domicilio (calle o plaza)								
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal		Localidad	
Provincia				Situación de IT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Fin de Contrato		e-mail

### 2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

Nombre de la empresa				C.C.C.		Teléfono	
Dirección				Localidad			Código Postal
Asesoría / Gestoría				Tel. Asesoría		e-mail Asesoría	
Nombre de la Sociedad de Prevención Ajena							

### 3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Ajena	Fecha de Suspensión del Contrato:	Fecha Probable de Parto:
<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Propia	Fecha de Cese de la Actividad:	Fecha Probable de Parto:

### 4. DOCUMENTACIÓN

<input type="checkbox"/> Certificado de Bases de Cotización.	<input type="checkbox"/> Evaluación de Riesgos del Puesto de Trabajo.	<input type="checkbox"/> Declaración situación de la Actividad (sólo cuenta Propia).
<input type="checkbox"/> Declaración Empresarial del Puesto de Trabajo y Riesgo.	<input type="checkbox"/> Fotocopia del NIF - NAE.	<input type="checkbox"/> Modelo 145 IRPF: Comunicación de datos al pagador.
<input type="checkbox"/> Declaración Empresarial de Suspensión del Contrato.	<input type="checkbox"/> Certificado Médico Servicio Público de Salud.	

### 5. DATOS BANCARIOS

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

### 6. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)
--

### 7. ALEGACIONES

--

### 8. A QUIÉN PERTENECE

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	---

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 la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

Firma del interesado

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_