

Laranja koloreko eremuak MC MUTUAL mutua betetzekoak dira /  
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

**Besteren konturako langilearentzat haurdunaldian edo edoskitze naturalean zehar arriskua egoteari buruzko mediku-ziurtagiriaren eskaera / Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta ajena**

Eskaera osoa / Solicitud completa

Barne erreferentzia / Referencia interna

Inprimaki hau oker edo desegoki betetzen baldin bada edo adierazten diren dokumentuak gaineratzen ez baldin badira akats horiek konpontzea eragin dezake eta, hori gertatzen ez den bitartean, eskaeraren izapidea atzeratu egingo da. Idazten hasi aurretik irakurri arretaz atal guztiak, eta baita inprimakia betetzeko argibideak ere  
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. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

**OSO GARRANTZITSUA:** Eskatzen den **mediku-txostenak**, hala badagokio, lanpostua edo betetzen diren funtzioak aldatzeko premia justifikatuko du. Aldaketa hori legez aurreikusitako arrazoiengatik ematen ez bada soilik, sartu ahalko zara, **ondoren**, haurdunaldian edo edoskitze naturalean zeharreko Arriskuaren prestazioa eskuratzera.  
**MUY IMPORTANTE:** El **Certificado médico** que se solicita justificará, en su caso, la necesidad del cambio de puesto de trabajo o de las funciones que realiza. Sólo 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. Eskatzailearen datu pertsonalak / Datos personales de la solicitante**

Izena / Nombre		Lehen abizena / Primer Apellido		Bigarren abizena / Segundo Apellido	
NAN/AIZ/Pasaportea / DNI/NIE/Pasaporte		Jaiotze-data / Fecha nacimiento		Gizarte Segurantzako zenbakia / Número de la Seguridad Social	
Ohiko helbidea ( <i>Bide mota, bidearen izena</i> ) / Domicilio habitual ( <i>Tipo de vía, nombre de la vía</i> )					
Zenbakia / Número	Blokea / Bloque	Eskailera / Escalera	Solairua / Piso	Atea / Puerta	Posta Kodea / Código Postal
Herria / Localidad		Probintzia / Provincia		Telefono mugikorra / Teléfono móvil	
Telefono finkoa / Teléfono fijo		Helbide elektronikoa / Correo electrónico			

**2. Egoera babestuaren datuak / Datos de la situación protegida**

Eskatzailearen egoerarekin bateragarria den lanpostu edo funtzio aldaketaren premiari buruzko mediku-ziurtagiria eskatzen da arrazoia honengatik: / Se solicita el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la solicitante por		
Arriskua haurdunaldian zehar / Riesgo durante el embarazo	Haurdunaldiaren astea eskaera egindako egunez / Semana de gestación a fecha de la solicitud	Erditzeko aurreikusitako data / Fecha prevista de parto
	Haurduntza bikoitza da? / ¿Es embarazo gemelar?	Bai / Sí Ez / No
Arriskua edoskitze naturalean zehar / Riesgo durante la lactancia natural	Amatasun-baimena amaitzen den eguna / Fecha de fin permiso de maternidad	Seme-alabaren jaiotze-data / Fecha nacimiento del hijo/a
	Beste guraso batek amatasun-baimena izatea aukeratu al da? / ¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad?  Bai (beste gurasoari lagatako amatasun-baimena zein egunetan amaituko den adierazi beharko da. Data: / Sí (deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al otro progenitor. Fecha:  Ez / No	

Izen-abizenak / Apellidos y nombre

NAN / AIZ / Pasaportea / DNI / NIE / Pasaporte



Laranja koloreko eremuak MC MUTUAL mutuak betetzekoak dira / Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

MC MUTUAL mutuan sarrera-erregistroa / Registro de entrada en MC MUTUAL

**Besteren konturako langilearentzat haurdunaldian edo edoskitze naturalean zehar arriskua egoteari buruzko mediku-ziurtagiriaren eskaera / Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta ajena**

Adierazi azken 6 hilabeteetan abiatu/izandako aldi baterako ezintasun prozesuak / Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado/mantenido en los últimos 6 meses

Medikuaren baja eguna / Fecha baja médica	Medikuaren alta eguna / Fecha alta médica	Bajak zerikusia izan al zuen haurdunaldiarekin edo edoskitzearekin? / ¿La baja tuvo relación con el embarazo o lactancia?	
		Bai / Sí (1)	Ez / No

Laneko mediku-azterketa / Reconocimiento médico laboral

Urtean behin / Anual	Noiz egin den / Fecha de realización:
Hasierakoa / Inicial (2)	Noiz egin den / Fecha de realización:

- (1) Baietz erantzun baldin baduzu haurdunaldi- edo edoskitze-egoerarekin zerikusia duen aldi baterako ezintasun prozesuren bat izan duzu, eskuragarri duzun mediku-informazioa MC MUTUAL mutuako medikuekin egiteko berrikuspenera helarazteko eskertuko genizuke. / Si ha contestado que Sí ha tenido procesos de incapacidad temporal relacionado con la situación de embarazo o lactancia, le rogamos que aporte la información médica de que disponga en la revisión que lleve a cabo con el facultativo de MC MUTUAL
- (2) Lan-kontratuaren aurretik edo egun horretan egindako mediku-azterketa / Reconocimiento médico realizado antes o a fecha de la contratación laboral

**3. Lan-jardueraren edo jarduera profesionalaren datuak / Datos de la actividad laboral o profesional**

**Enpresaren datuak (langileak betetzekoa) / Datos de la empresa (a cumplimentar por la trabajadora)**

Izen soziala / Razón social	IFK / CIF	
Kotizazio Kontu Kodea / Código Cuenta Cotización	Helbidea (Bide mota, bidearen izena, zenbakia) / Domicilio (Tipo de vía, nombre vía, número)	
Lanlekua (bide mota, bidearen izena, zenbakia) / Centro de trabajo (tipo de vía, nombre de vía, número)		
Herria / Localidad	Posta Kodea / Código Postal	Probintzia / Provincia

Hau da zure laneko ordutegia / Su horario de trabajo es de (3):

(3) Adierazi asteko egunak eta eguneko orduak. Esate baterako: astelehenetik ostiralera, 08:00-14:00 bitartean eta 16:00 eta 18:00 bitartean. / Indicar días a la semana y horas al día. Por ejemplo: de lunes a viernes, de 8:00 a 14:00 h. y de 16:00 a 18:00 h.

Oporraldian baldin bazaude, adierazi amaiera-data: / Si está disfrutando de vacaciones, indique la fecha de fin:

Zure kontratua aldizkako lan-kontratu finkoa baldin bada, adierazi kanpaina-amaierako data: Zure kontratua Iraupen jakin batekoa baldin bada, adierazi kontratu-amaierako data: / Si su contrato es Fijo Discontinuo, indique la fecha de fin de campaña: Si su contrato es de Duración determinada, indique la fecha fin contrato:

Jarduera anitza edo enplegu anitza izanez gero, adierazi lanaldia eta burutzen dituzun jarduerak / En caso de pluriactividad o pluriempleo, indique la jornada de trabajo y las actividades que realiza (4):

(4) Familiako etxe ugaritan etxeko langilea baldin bazara, adierazi etxe bakoitzeko eguneko orduak eta burutzen dituzun lanketak / Si es empleada de hogar en varios hogares familiares, especifique horas/día de cada hogar y las tareas que realiza

Izen-abizenak / Apellidos y nombre

NAN / AIZ / Pasaportea / DNI / NIE / Pasaporte



Laranja koloreko eremuak MC MUTUAL mutuak betetzeak dira /  
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

MC MUTUAL mutuan sarrera-erregistroa /  
Registro de entrada en MC MUTUAL

**Besteren konturako langilearentzat haurdunaldian edo edoskitze naturalean zehar arriskua egoteari buruzko mediku-ziurtagiriaren eskaera / Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta ajena**

Deskribatu zuren lanpostuan betetzen dituzun lanak /  
Describe con detalle las tareas que realiza en su puesto de trabajo

Zure lanpostuan aldaketaren bat egin al da zure egungo egoerara egokitzeko?

¿Se ha realizado algún cambio en su puesto de trabajo para adaptarlo a su situación actual?

Bai / Sí

Ez / No

Baldin eta **Bai** adierazi baldin baduzu, arren adierazi modu zehatzean zein /  
De haber indicado **Si**, por favor, especifique de forma detallada cuales

Izen-abizenak / Apellidos y nombre

NAN / AIZ / Pasaportea / DNI / NIE / Pasaporte



Laranja koloreko eremuak MC MUTUAL mutuak betetzekoak dira /  
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

MC MUTUAL mutuan sarrera-erregistroa /  
Registro de entrada en MC MUTUAL

**Besteren konturako langilearentzat haurdunaldian edo edoskitze naturalean zehar arriskua egoteari buruzko mediku-ziurtagiriaren eskaera / Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta ajena**

**ADIERAZTEN DUT**, nire erantzukizunpean, eskaera honetan adierazten ditudan datuak egiazkoak direla eta, era berean, adierazten dut badakidala hartan adierazitakoarekin alderatuz aurrerantzean datuetan izan daitekeen edozein aldaketa Mutuari jakinarazteko betebeharra dudala, eta / **DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a Mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

**ESKATZEN DUT**, inprimaki hau sinatuta, haurdunaldian edo edoskitze naturalean zeharreko arriskuaren ondorioz, garatzen dudana lanpostua edo funtzioak **aldatzeko** premia justifikatzen duen mediku-ziurtagiria igor diezadate. / **SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso que se me extienda el certificado médico que justifique la necesidad del cambio del puesto o funciones que desarrollo como consecuencia del riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

(e)an 20 (e)ko r)en (e)an /  
En a de de

Eskatzailearen sinadura / Firma de la solicitante

**BAIMENTZEN DUT**, dokumentu honen **bidez** Mutuak bide telematikoa erabiliz edo 1. atalean zehazten den helbide elektronikoa baliatuz, niri izapide honekin lotutako egintzen berri eman ahal izatea. (1)

**AUTORIZO**, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. (1)

BAI / SI EZ / NO

- (1) Baimen hori gauzatzeko ezinbestekoa da MC MUTUAL mutuak jakinarazpen ezberdinek bideratzeko bide telematikoko jakinarazpena garatuta izatea. Bide telematikoa erabiliz egin ezin diren jakinarazpenak interesdunak edo haren ordezkariak haren berri izan edo hura jasotzeko aukera ematen duen edozein bide baliatuz egin ahalko dira. / Dicha autorización queda sujeta a que MC MUTUAL tenga desarrollada la comunicación vía telemática para las diferentes notificaciones a realizar. Aquellas comunicaciones que no puedan ser realizadas por vía telemática, se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante.

**Behin dokumentazio guztia egiaztatuta, ebazpena jakinaraziko dugu gehienez 30 eguneko epean, eskaera hau jasotzen den egunetik zenbatzen hasita. / Una vez comprobada toda la documentación, notificaremos la resolución en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de recepción de la solicitud.**



## Mediku-ziurtagiriaren eskaera honekin aurkezteko dokumentazioa / Documentación a presentar con esta solicitud de certificación médica

- 1.** Langilearen NAN, AIZ edo AIZ agiriaren fotokopia / Fotocopia del DNI, NIE o TIE de la trabajadora
- 2.** Haurdun dauden langileen kasuan Osasun Zerbitzu Publikoaren mediku-txostena, haurdunaldi-egoera eta balizko erditze-data egiaztatzekoa, edota Osasun Zerbitzu Publikoaren edo zure mediku pribatuaren haurdunaldiaren kartilla / En el caso de trabajadoras embarazadas, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable de parto y/o cartilla de embarazo del Servicio Público de Salud o su médico privado
- 3.** Edoskitze natural egoeran dauden langileen kasuan, edoskitze naturala eta erditze-data egiaztatzeko Osasun Zerbitzu Publikoaren mediku-txostena. / En el caso de trabajadoras en situación de lactancia natural, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la lactancia natural y la fecha del parto.
- 4.** Besteren konturako langileen kasuan (**Ez etxe-langileentzat**) / En el caso de trabajadoras por cuenta ajena (**no para Empleadas de Hogar**)
- 4.1** Garatzen den jarduerari eta lanpostuko baldintzei buruzko enpresa-ziurtagiria (REL11006 eredu) / Certificado de la empresa sobre la actividad que desarrolla y las condiciones de su puesto de trabajo (Modelo REL11006)
- 4.2** Enpresak helarazitako lanpostuaren ebaluazioa (martxoaren 5ko 295/2009 Errege Dekretuaren 2. xedapen gehigarria eta Laneko Arriskuen Prebentzioarako Legearen 16.2. artikulua). / Evaluación del puesto de trabajo que le facilitará su empresa (disposición Adicional 2ª del RD 295/2009, de 6 de marzo y art. 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales)
- 5.** Jarduera anitzeko edo enplegu anitzeko egoera adierazi baldin bada, beste mutua batzuetan egungo haurdunaldirako edo edoskitze naturaleko egoerarako aurkeztutako haurdunaldian zeharreko arriskuaren edo edoskitze naturalean zeharreko arriskuaren beste eskaera batzuei dagokien dokumentazioa helarazi beharko da. / En caso que haya indicado situación de pluriactividad o pluriempleo, deberá aportar toda la documentación relativa a otras solicitudes de riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural presentadas en otras mutuas para su actual embarazo o situación de lactancia natural.

Inprimaki hau ahalik eta modu zehatzenean betetzea eskertuko genizuke; idazten hasi aurretik irakurri arretaz atal guztiak. Idatzi argi eta garbi eta hizki larriz akatsak ekiditeko. Inprimaki honetan helarazi behar dituzun dokumentu guztiak zehazten ditugu. / Rogamos rellene este impreso de la forma más exacta posible; antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados. Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores. En este impreso le detallamos todos los documentos que debe aportar.

Dokumentu hori Lan eta Gizarte Segurantzako Ikuskapenak erabil dezake martxoaren 6ko 295/2009 Errege Dekretuko 39.6 eta 47.6 artikuluetan aurreikusitako txostena igortze aldera, balizko kontraesanak edo prestazioa lortzeko elkarkeria zantzuak daudenean. Kasu horretan, ebazpena emateko epea bertan behera geratuko da gehienez hamabost egunez. / Este documento podrá ser utilizado por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a efectos de emitir el informe previsto en los artículos 39.6 y 47.6 del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, en caso de existencia de posibles contradicciones o indicios de connivencia para la obtención de la prestación. En este supuesto, el plazo para resolver se suspenderá durante un periodo máximo de quince días.

### Datuen babesari buruzko xehetasuneko informazioa

**Tratamenduaren arduraduna** Mutual Midat Cyclops, Gizarte Segurantzarekin kolaboratzen duen Mutua, 1 zenbakiduna (MC MUTUAL)

**Tratamenduaren xedea eta legezotasuna:** Gizarte Segurantzarekin kolaboratzen duen Erakunde modura agindutako jarduerak betetzea, eskaera hori izapidetze aldera, indarreko legeriaren arabera. Datu horiek izan gabe ezingo da aipatu izapidea burutu.

**Datuen hartzaileak:** Datuak ez zaizkie beste hirugarrenen lagako, Gizarte Segurantzaren Antolatze Zuzendaritza Nagusiari igorri ezean edo, hala badagokio, Lan eta Gizarte Segurantzako Ikuskapenaren Zuzendaritza Nagusiari helarazitako informazioa egiaztatzeko, eta baita interesdunaren aldetik berariazko baimena izan ezean edo hura babesten duen Lege baten aplikazioaren arabera.

**Datuak zein epetan mantenduko diren gordeta:** Gizarte Segurantzaren kudeaketarekin kolaboratzeko jardunetik eratorritako betebeharrak eta erantzukizunak betetzeko beharrezkoa den denbora.

**Zuzenbidezko jarduna:** Zure datuak hartu, zuzendu, aurkatu edota ezaba ditzakezu eta gainerako zure eskubideak erabil ditzakezu, aldeztu aurretik identifikatu ostean, idatzi bat igorri helbide honetara: MC MUTUAL, Avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, edo Datuen Babeserako Delegetuaren helbide honetara idatziz: dpdatosmc@mc-mutual.com. Halaber, eskubidea duzu Datuen Babeserako Espainiako Agentziara erreklamazio bat helarazteko.

**Informazio gehiago:** [www.mc-mutual.com/protecciondedatos/](http://www.mc-mutual.com/protecciondedatos/)

### Información detallada sobre protección de datos

**Responsable del tratamiento:** Mutual Midat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 1 (MC MUTUAL). **Finalidad y legitimidad del tratamiento:** Cumplimiento de las actividades encomendadas como Entidad Colaboradora con la Seguridad Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación.

**Destinatarios de los datos:** Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social o, en su caso, a la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para comprobar la información facilitada, además de los supuestos de autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo impare.

**Plazo de conservación de los datos:** El tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede acceder, rectificar, oponerse, suprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a MC MUTUAL, previa identificación, a Avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, o al correo electrónico del Delegado de Protección de Datos, [dpdatosmc@mc-mutual.com](mailto:dpdatosmc@mc-mutual.com). También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos.

**Más información:** [www.mc-mutual.com/protecciondedatos/](http://www.mc-mutual.com/protecciondedatos/)