

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

Norberaren 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 propia

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 aldatetaren 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



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

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

Norberaren 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 propia

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

- (1) Baietz erantzun baldin baduzu haurdunaldi- edo edoskitze-egoerarekin zerikusia duen aldi baterako ezintasun prozesu bat izan duzu, eskuragarri duzun mediku-informazioa 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

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
Zure lanaldia da (astean/ordu) / Su jornada laboral es de (h/semana): _____		
Egunetan eta orduetara horrela banatuta / Cuya distribución en días y horario es: _____		
Jarduera anitza izanez gero, adierazi lanaldia eta burutzen dituzun jarduerak / En caso de pluriactividad, indique la jornada de trabajo y las actividades que realiza: _____ _____		
Oporraldietan baldin bazaude, adierazi amaiera-data / Si está disfrutando de vacaciones, indique la fecha de fin:		

Haurdunaldi/edoskitze naturalean zehar balioesteko arriskua da / El riesgo a valorar durante el embarazo/lactancia natural es:

* Arriskua egiaztatzen duten dokumentu edo txostenak izanez gero, eskaera honekin batera helarazi beharko dituzu. / En caso de que disponga de documentos o informes que acrediten el riesgo, deberá aportarlo junto a esta solicitud.



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

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

Norberaren 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 propia

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 **Sí**, por favor, especifique de forma detallada cuales

Zure lanpostuko arriskuen ebaluazioa baldin badaukazu, eskaera honekin helarazi beharko duzu. / Si usted dispone de la evaluación de riesgos de su puesto de trabajo, debe aportarla con esta solicitud.

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 diezadatelara.

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 a

(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. Dokumentu hau Lan eta Gizarte Segurantzako Ikuskapenak erabili ahalko du, martxoaren 6ko 295/2009 Errege Dekretuko 39.6 eta 47.6 artikuluetan aurreikusitako txostena igortze aldera, balizko kontraesanak egon daitezkeenean edo prestazioa eskuratzeko elkarkeria zantzuak baldin badaude. Kasu horretan, ebazpena emateko epea bertan behera geratuko da gehienez hamabost egunez. / 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. 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 convivencia para la obtención de la prestación. En este supuesto, el plazo para resolver se suspenderá durante un periodo máximo de quince días.

Izen-abizenak / Apellidos y nombre

NAN / AIZ / Pasaportea / DNI / NIE / Pasaporte



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

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

Eskaera honekin aurkezteko dokumentazioa / Documentación a presentar con esta solicitud

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, edo Osasun Zerbitzu Publikoaren 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.
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. 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.

Datuen babesari buruzko xehetasunezko 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 hirugarrenei lagako, Gizarte Segurantza Antolatzeko 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, aldez aurretik identifikatu ostean, idatzi bat igorri helbide honetara: MC MUTUAL, Avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Bartzelona, 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/

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 ampare. **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. También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos. **Más información:** www.mc-mutual.com/protecciondedatos