

# MODELO DE SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Comience por esta misma página, pero antes lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## 1. Datos personales

|                                    |                      |   |  |                      |        |          |      |        |
|------------------------------------|----------------------|---|--|----------------------|--------|----------|------|--------|
| Primer apellido                    |                      | Segundo apellido  |  | Nombre               |        |          |      |        |
| Fecha de nacimiento                | N.º Seguridad Social | DNI-NIE-TIE   |  | Teléfono de contacto |        |          |      |        |
| Domicilio habitual (calle o plaza) |                      |   |  | N.º                  | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal                      | Localidad            | Provincia   |  | Nacionalidad         |        |          |      |        |
| Correo electrónico                 |                      |   |  |                      |        |          |      |        |
| Régimen                            |                      | Pluriempleo <input type="checkbox"/><br>Pluriactividad <input type="checkbox"/> |  |                      |        |          |      |        |

## 2. Datos de empresa

|                       |                |     |                    |     |        |          |      |        |               |
|-----------------------|----------------|-----|--------------------|-----|--------|----------|------|--------|---------------|
| Nombre o razón social |                |     |                    |     |        |          |      |        |               |
| Domicilio             |                |     |                    | N.º | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Código postal |
| Localidad             |                |     | Provincia          |     |        |          |      |        |               |
| Teléfono fijo         | Teléfono móvil | Fax | Correo electrónico |     |        |          |      |        |               |

## 3. Motivo de la solicitud

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo<br>Fecha probable del parto .....                         |
| <input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural<br>Fecha de nacimiento del hijo/de la hija ..... |

## 4. Otros datos

|  |           |  |  |           |        |          |      |        |                 |
|--|-----------|--|--|-----------|--------|----------|------|--------|-----------------|
| <b>4.1 Datos fiscales</b>  |           |  |  |           |        |          |      |        |                 |
| Tipo voluntario de retención por IRPF ..... %<br>Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:<br><input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos/hijas ..... <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario ..... |           |  |  |           |        |          |      |        |                 |
| <b>4.2 Domicilio de comunicaciones a efectos legales (solo si es distinto del indicado en el apartado 1)</b>   |           |  |  |           |        |          |      |        |                 |
| Domicilio (calle o plaza)  |           |  |  | N.º       | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | N.º de teléfono |
| Código postal  | Localidad |  |  | Provincia |        |          | País |        |                 |

## 5. Datos de la asesoría

|                       |                    |         |
|-----------------------|--------------------|---------|
| Nombre de la asesoría | CIF de la asesoría | N.º RED |
| Persona de contacto   | Correo electrónico |         |
| Dirección             | Teléfono           |         |

Para el caso de haberse consignado en la solicitud persona o entidad autorizada para el uso del sistema RED (gestor, asesor, etc.) la solicitante presta su consentimiento para la cesión de los datos consignados y demás que se obtengan en la tramitación del expediente a dicha persona o entidad autorizada RED:

Firma consentimiento:

## 6. Datos bancarios

|  |                                      |  |        |
|--|--------------------------------------|--|--------|
| Nombre de la entidad financiera            |                                      | Domicilio  | Número |
| Código postal                              | Localidad                            | Provincia  |        |
| <input type="checkbox"/> En cuenta/libreta | <input type="checkbox"/> Restringida | IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria, 24 dígitos) |        |
|  | <input type="checkbox"/> Ordinaria   |  |        |
|  |                                      | BIC (Código Internacional de Entidad Bancaria, 11 dígitos) |        |
|  |                                      |  |        |

La beneficiaria efectúa declaración responsable expresa de ser titular de la cuenta bancaria indicada en el anterior apartado, en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada:

Firma:

## 7. Alegaciones

Con la finalidad de agilizar la tramitación del pago de su prestación, rogamos confirme su SOLICITUD de recibir toda comunicación y/o notificación relacionada con la gestión de su expediente a la dirección de correo electrónico indicado en el formulario de su solicitud.

Solicito que todas las comunicaciones y/o notificaciones relacionadas con mi expediente, se realicen telemáticamente, mediante el uso del correo electrónico indicado.

Su opinión nos importa mucho y nos ayudará a mejorar. Marcando esta casilla contactaremos por teléfono, móvil o correo electrónico, con la finalidad de recabar su opinión sobre la gestión y trámites relacionados con la prestación económica solicitada a Unión de Mutuas.

La solicitante declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que consigna en la presente solicitud, manifestando que queda enterada de la obligación de comunicar a Unión de Mutuas cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

....., a ..... de ..... de .....

Firma solicitante: