

PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Qué es el riesgo durante el embarazo?

Es la situación en la que se encuentra la trabajadora durante el periodo de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, cuando debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir este negativamente en su salud o en la del feto, a otro compatible con su estado, dicho cambio no resulte posible o no pueden exigirse por motivos justificados.

- ¿Qué trámites se deben realizar?

La trabajadora deberá comunicar a la Entidad gestora o Mutua de AT y EP la suspensión del contrato o actividad por riesgo durante el embarazo, acompañando:

- Informe del médico del Servicio Público de Salud que la asiste
- Declaración de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia, sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la Entidad gestora o de la Mutua emitirán certificado médico acreditando que las condiciones del puesto influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto.

La trabajadora presentará la solicitud, según modelo oficial, a la que acompañará, además de los documentos indicados anteriormente:

- Declaración de la empresa sobre inexistencia de otro puesto compatible con el estado de la trabajadora.
- La documentación necesaria para acreditar la identidad y las circunstancias determinantes del derecho.

- ¿Dónde se tramitan?

La solicitud y documentación indicada puede presentarse en cualquiera de los Centros de la Entidad Gestora (INSS o ISM) de la provincia en que resida la interesada, dictará y notificará la resolución a la interesada en el plazo de 30 días.

- ¿Cuándo se inicia la prestación?

- **Trabajadoras por cuenta ajena:** El derecho nace el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo.
- **Trabajadoras por cuenta propia:** El día siguiente a aquel en que se emite el certificado por los servicios médicos de la Entidad gestora o de la Mutua.

INFORMACIÓN GENERAL

- OBJETO:

La prestación económica trata de cubrir la pérdida de rentas que se produce, durante el período de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, cuando la trabajadora debiendo cambiar de puesto de trabajo o de actividad por otro compatible con su estado, no resulte técnica u objetivamente posible dicho cambio o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados

- Beneficiarios/Requisitos:

Las trabajadoras por cuenta ajena o propia en situación de suspensión del contrato de trabajo o de interrupción de su actividad profesional por riesgo durante el embarazo, que cumplan los requisitos exigidos:

- Estar afiliadas y en alta
- Estar al corriente en el pago de las cuotas de las que sean responsables directas.

- Cuantía:

Subsidio equivalente al 100% de la base reguladora correspondiente, que será la establecida para la prestación de IT derivada de las contingencias profesionales.

Al efectuarse el pago, se deducirán los importes por cotizaciones a la Seguridad Social y las retenciones por IRPF.

- Duración /Extinción:

El derecho al subsidio nace desde el mismo día que se inicia la suspensión del contrato de trabajo o el permiso por riesgo durante el embarazo, se abonará durante el tiempo que sea necesario para la protección de la salud de la trabajadora embarazada y/o del feto y finalizará el día anterior al de inicio del descanso por maternidad o el de reincorporación al puesto de trabajo.

El derecho se extingue:

- **Trabajadoras por cuenta ajena:** Por suspensión del contrato de trabajo por maternidad; por reincorporación al puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado; por extinción del contrato de trabajo por causas legales; por interrupción del embarazo; por fallecimiento.
- **Trabajadoras por cuenta propia:** Por inicio del descanso por maternidad; por reanudación de su actividad profesional; por causar baja en el Régimen Especial de la Seguridad Social; por interrupción del embarazo; por fallecimiento.

- Anulación/Suspensión:

- Actuar fraudulentamente para obtener o conservar el subsidio
- Realizar cualquier trabajo o actividad, por cuenta ajena o propia, salvo en los supuestos de pluriactividad.

- Documentación:

Se aportarán los documentos necesarios para la acreditación de la identidad y de las circunstancias determinantes del derecho.

- Dónde tramitarlo:

La solicitud y documentación necesaria deberá dirigirse a cualquiera de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social de la Entidad Gestora o, en su caso, a la Mutua de AT y EP.

- Entidad competente:

La gestión y el pago de la prestación corresponden a la Dirección Provincial de la Entidad gestora (INSS o ISM) en la que tenga su domicilio la interesada, o a la Mutua de AT y EP, en función de la Entidad que cubra los riesgos profesionales.

- Plazos:

El Director provincial de la Entidad gestora de la provincia en que tenga su domicilio la interesada dictará resolución expresa y se la notificará a la misma en el plazo de 30 días.

El derecho al reconocimiento de la prestación prescribe a los 5 años, contados desde el día siguiente al del hecho causante, sin perjuicio de que los efectos se produzcan a partir de los 3 meses anteriores a la fecha de la solicitud.

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES.**- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
2. **MOTIVO DE LA SOLICITUD.**- Cruce con un aspa la prestación que solicita. Consigne la fecha que proceda.
3. **OTROS DATOS.**
 - 3.1 **DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (art. 82 del Reglamento del IRPF), que se adjunta a esta solicitud.
En el caso de no optar por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.
 - 3.2 La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.
 - 3.3 El DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
 - 3.4 La INFORMACIÓN TELEMÁTICA sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por estos medios.
4. **ALEGACIONES.**- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
5. **MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.**- Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.
Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

DATOS DE LA SOLICITANTE

Apellidos y nombre				DNI - NIE - pasaporte				
Domicilio				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad			Provincia			Código postal		
Teléfono de contacto		Número de la Seguridad Social		Profesión		Grupo de cotización		

DATOS DE LA EMPRESA (Cumplimentar sólo en el caso de trabajadoras por cuenta ajena)

Nombre o razón social				Código de Cuenta de Cotización (CCC)					
Domicilio				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad			Provincia			Teléfono de contacto			

Para tramitar la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural,

SOLICITA: la preceptiva **CERTIFICACIÓN MÉDICA**, expedida por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en la que se acredite que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en su salud y/o la del feto o hijo y, por tanto, existe

- Riesgo durante el embarazo Riesgo durante la lactancia natural

....., a de de 20

Firma,

C-054

Servicio de Producción Gráfica/2009

APORTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

- EMBARAZO: Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud sobre embarazo y fecha probable del parto.
- LACTANCIA NATURAL: Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que acredita la lactancia natural.
- EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL:
- » Trabajadora por cuenta ajena: Declaración empresarial sobre situación de riesgo, así como un informe, si lo hubiera, del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo.
 - » Trabajadora por cuenta propia: Declaración de riesgo sobre la actividad desarrollada, así como sobre la inexistencia de un trabajo o actividad compatible con su estado.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

Sr./Sra. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS DE LA EMPRESA

D/Dª		DNI - NIE - pasaporte			Cargo en la empresa		
Nombre o razón social					Código de Cuenta de Cotización (CCC) /		
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia				Teléfono	

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y nombre			DNI - NIE - pasaporte	
<input type="checkbox"/> Trabajadora C./ajena	<input type="checkbox"/> Socia.trabajadora	<input type="checkbox"/> Empleada de hogar fija	Número de la Seguridad Social /	

DECLARA

1.- Que realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son

2.- Que su categoría profesional es la de

3.- Que el riesgo específico durante el embarazo o la lactancia natural, es de:

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que SI NO figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo(1) que ha confeccionado la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores.

....., a de de 20

Firma y sello

Servicio de Producción Gráfica/2009 C-037

(1) Adjuntarla en caso de disponer de ella.

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN

EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR

1.- Acreditación de identidad del interesado mediante la siguiente documentación en vigor:

- Españolas: Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Extranjeras:
 - Número de identificación de extranjero (NIE) y pasaporte o documento/carta de su país (UE, EEE y Suiza).
 - Tarjeta de identidad de extranjero (TIE), resto de países.

PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR Y FOTOCOPIAS COMPULSADAS O COPIAS PARA PROCEDER A SU COMPULSA

2.- Documentación relativa a la cotización:

- Trabajadora por cuenta ajena del **Régimen General**: Certificación de empresa debidamente cumplimentado.
- Trabajadora por cuenta ajena del **Régimen Especial Agrario**: Certificado de empresa, cumplimentado conforme al TC 2/8 del mes anterior al inicio de la suspensión del contrato de trabajo y justificantes de pago de los tres últimos meses (TC 1/9).
- Para las **Artistas y Profesionales Taurinas** declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5) que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Trabajadora por **cuenta propia**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses.
- **Representantes de Comercio**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses (TC 1/3).

DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL RIESGO

3.- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que la asiste.⁽¹⁾

4.- Certificación médica expedida por los Servicios médicos de la Entidad Gestora, en función de la Entidad con la que la empresa, o las trabajadoras por cuenta propia, tengan concertada la cobertura de los riesgos profesionales, en la que quede acreditado, en el caso de "riesgo durante el embarazo", que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto y, en el caso de "riesgo durante la lactancia natural", que las condiciones de trabajo influyen negativamente en la salud de la mujer o del hijo.

5.- Declaraciones de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia.⁽²⁾

- Trabajos y actividades realizadas por la trabajadora, condiciones del puesto de trabajo, categoría y riesgo específico.
- Inexistencia de otro puesto compatible con su estado

OTRA DOCUMENTACIÓN:

6.- Declaración de situación de actividad, sólo para las trabajadoras del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

7.- Libro de familia, para la prestación de "riesgo durante la lactancia natural".

(1) No será necesaria su presentación cuando la certificación médica, que acredite el riesgo, haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

(2) En caso de socias de sociedades cooperativas o laborales, la declaración se emitirá por el gerente o administrador de la sociedad.

En el caso de trabajadoras integradas en el Régimen Especial de Empleados de Hogar, la declaración la emitirá el responsable del hogar familiar

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contado desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 3 ó 4 y 5: si la petición se ha instado por la propia trabajadora se entenderá que desiste de la misma, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Documento 6: la falta de presentación, en el plazo máximo indicado en el mismo, producirá la suspensión en el inicio del pago de la prestación.
- Documentos restantes: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 80 de la citada Ley 30/1992.

RECUERDE:

Si se produjera la extinción de la relación laboral, deberá comunicarlo a esta Dirección Provincial por tratarse de una de las causas de extinción de la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, al objeto de evitar percepciones indebidas de la misma.

En el caso de que no hubiera optado por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará, a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.

Asimismo, cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral como de su domicilio, mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicado a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto, más cercano a su domicilio.

www.seg-social.es

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO DE ESTE FORMULARIO UNA VEZ PRESENTADO
Para Internet: NO OLVIDE IMPRIMIR DOS COPIAS Y CONSERVAR UNA DE ELLAS UNA VEZ PRESENTADA Y REGISTRADA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

1

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.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social	DNI - NIE - TIE		Teléfono de contacto				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia		Nacionalidad				
Régimen		Si es empleado de hogar: <input type="checkbox"/> fijo <input type="checkbox"/> discontinuo						

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	Fecha de suspensión del contrato	Fecha de cese en la actividad
	Fecha probable del parto	
<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	Fecha de suspensión del contrato	Fecha de cese en la actividad
	Fecha nacimiento del hijo	

3. OTROS DATOS

3.1 DATOS FISCALES									
Tipo voluntario de retención por IRPF									
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:									
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos		<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas		<input type="checkbox"/> Tipo voluntario		%			
3.2 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia									
3.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)									
Domicilio: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad	Provincia		País					
3.4 INFORMACIÓN TELEMÁTICA									
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección									
SI DESEA recibir información por un SMS, indique su móvil									

8-007

Servicio de Producción Gráfica 2007

Hoja blanca para la Administración, amarilla para el interesado



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - TIE
---------------------	-----------------

Clave de identificación de su expediente:

Registro del INSS

Funcionario de contacto:

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

DOCUMENTOS, ORIGINALES Y EN VIGOR, QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

- 1 DNI - NIE - TIE
- 2 Documentos de cotización de los últimos meses, facilitados por:
 - Empresa Trabajadora
- 3 Autónomos: declaración situación de la actividad.
- 4 Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud.
- 5 Certificación médica de la Entidad gestora correspondiente que acredite la situación de riesgo.
- 6 Declaración de la empresa o trabajadora por cuenta propia, sobre puesto de trabajo y riesgo.
- 7 Declaración de inexistencia de otro puesto.
- 8 Libro de familia
 - Otros documentos.

Recibí

Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números

Firma

Cargo y nombre del/la funcionario/a

Fecha Lugar

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por la solicitante.

Firma

Nombre del/la funcionario/a

Fecha Lugar

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).