



Solicitud prestaciones por riesgo durante el embarazo o lactancia natural

1. Datos de la solicitante

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|-------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | NFI/NIE/TIE |
| | | | |
| TIPO DE IRPF VOLUNTARIO (Superior al obligatorio según Normativa fiscal) | | | |

2. Datos de la empresa

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre o razón social | Nº código cuenta cotización (CCC) |
| | |

3. Motivo de la solicitud

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|
| Riesgo durante el embarazo | <input type="checkbox"/> Fecha suspensión contrato o cese actividad | ___/___/___ |
| Riesgo durante la lactancia natural | <input type="checkbox"/> Fecha suspensión contrato o cese actividad | ___/___/___ |

4. Datos bancarios

| |
|----------------------------------|
| IBAN / Número de Cuenta Bancaria |
| |

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud de pago directo que suscribo para que se me reconozca la prestación por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

En, a de de 20.....

Firma de la solicitante

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 y su normativa de desarrollo, los datos personales facilitados por usted, se incorporarán y serán tratados en un fichero debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos del que es responsable Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, siendo tales datos indispensables para poder gestionar la relación que mantiene con esta entidad, ó tramitar su solicitud ó el expediente de prestaciones de Seguridad Social que proceda, en cumplimiento de las leyes y reglamentos de aplicación. La negativa a facilitar la información solicitada impediría absolutamente cumplir las finalidades antes descritas. Así mismo, le informamos de que sus datos podrán ser comunicados a las entidades públicas competentes también con amparo en lo previsto en la normativa en vigor. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 con domicilio en 45004 Toledo Calle San Pedro el Verde, 35.

En, a de de 20.....

Firma de la solicitante