



## Solicitud prestaciones por riesgo durante el embarazo o lactancia natural

### 1. Datos de la solicitante

|   |                  |        |             |
|---|------------------|--------|-------------|
| Primer apellido   | Segundo apellido | Nombre | NIF/NIE/TIE |
| TIPO DE IRPF VOLUNTARIO<br>(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 .....        | Fecha suspensión contrato o cese actividad _____ |
| Riesgo durante la lactancia natural ... | Fecha suspensión contrato o cese actividad _____ |

### 4. Datos bancarios

|         |          |      |                  |
|---------|----------|------|------------------|
| Entidad | Sucursal | D.C. | Número de cuenta |
|         |          |      |                  |

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 .....

Firma de la solicitante

#### Protección de datos de carácter personal:

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales recogidos en este documento, así como aquellos que durante su tratamiento puedan obtenerse, se incorporarán a un fichero de esta entidad, cuya única finalidad es el cumplimiento de las actividades encomendadas como entidad colaboradora de la Seguridad Social. Los datos de carácter personal recibidos no serán objeto de cesión a terceros ajenos a SOLIMAT Mutua salvo autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo ampare. Usted puede acceder, rectificar, oponerse o cancelar sus datos mediante escrito dirigido al Responsable de Seguridad en cualquiera de las oficinas de Solimat Mutua, o bien en la dirección de su sede central en Toledo, Ronda de Buenavista, 9 (CP 45005).