

La UPRL informa: campana maternidad(VII)



MATERNIDAD VII: TRÁMITES CON MAZ POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA

En el caso de que la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural materna tenga riesgos laborales incompatibles con su estado, podrá solicitar a la mutua MAZ la baja por riesgo durante el embarazo o la lactancia y la consiguiente prestación.

Previamente habrá tenido que ponerse en contacto con la UPRL para revisar la evaluación de riesgos de su puesto de trabajo. Ver nota UPRL-informa 1.

Cuando se hayan seguido todos los trámites previos (evaluación, adaptación, limitación, cambio de puesto de trabajo) y se haya llegado al punto de tener que solicitar el estudio del riesgo durante el embarazo o la lactancia a la [mutua MAZ](#), se deberán seguir los siguientes pasos:

1. Solicitud del estudio de riesgo a la mutua MAZ (solicitud de certificado médico)

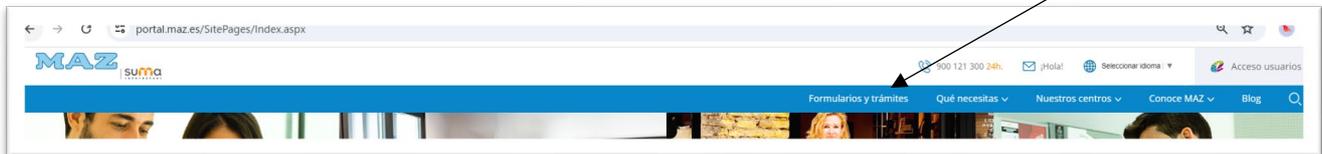
Deberá iniciar el trámite con tiempo suficiente (10 días mínimo) para que la mutua MAZ pueda realizar el estudio de su caso.

Para iniciar el proceso con la mutua MAZ deberá hacerlo a través de su [página web](#) solicitando el certificado médico de riesgo. Para esto necesitará la siguiente documentación:

- Fotocopia (por ambas caras) del NIF-NIE.
- En el caso de trabajadoras embarazadas, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.
- 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.
- En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - Certificado de la empresa sobre la actividad que desarrolla y las condiciones de su puesto de trabajo.
 - Evaluación del puesto de trabajo, que le facilitará el servicio de prevención de la Universidad de Zaragoza (UPRL).
 - Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo, que le facilitará la UPRL.

Una vez disponga de todos estos documentos, deberá ir a la página web de [MAZ](#), y pinchar en el menú de la cabecera "formularios y trámites".

La UPRL informa



Aparecerá esta pantalla de trámites:

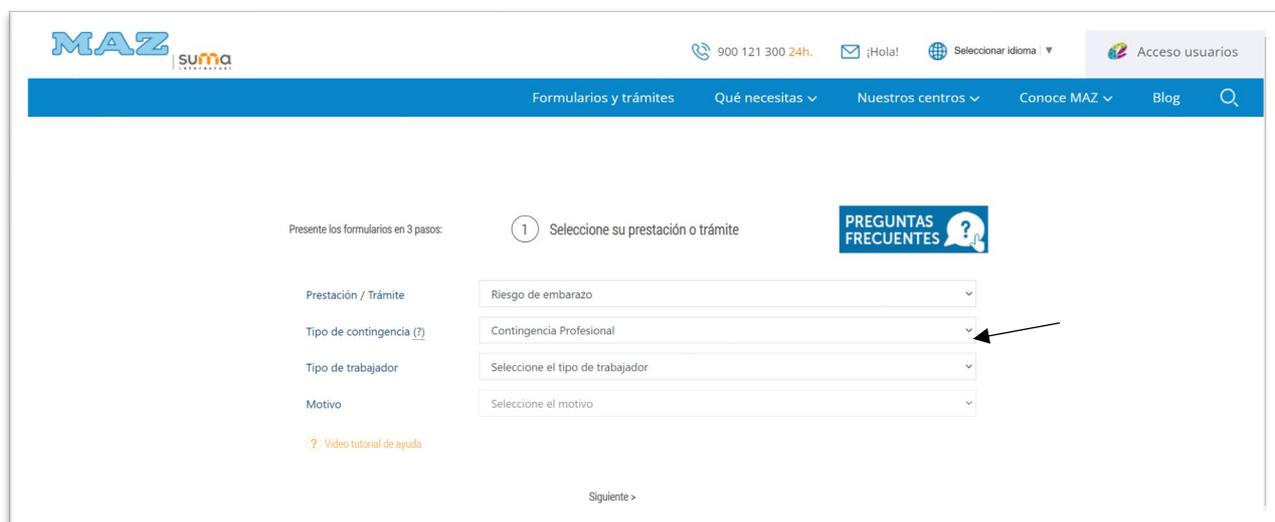
A screenshot of the MAZ suma website showing the first step of a form. The page title is 'Presente los formularios en 3 pasos:'. The first step is '1 Seleccione su prestación o trámite'. There are four dropdown menus: 'Prestación / Trámite', 'Tipo de contingencia (?)', 'Tipo de trabajador', and 'Motivo'. A 'PREGUNTAS FRECUENTES' button is visible. A 'Video tutorial de ayuda' link is also present. A 'Siguiente >' button is at the bottom.

Y deberá seleccionar el trámite de “Riesgo de embarazo” o “Riesgo lactancia”

A screenshot of the MAZ suma website showing the dropdown menu for 'Selección de trámite'. The menu items are: Pago directo Incapacidad Temporal, Riesgo de embarazo, Riesgo lactancia, Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, Prestación por Cese de actividad trabajadores autónomos, Incapacidad Permanente, Muerte y supervivencia, Parte de enfermedad profesional (cepross), Formulario solicitud prestaciones no deducidas, Prestación sostenibilidad de la actividad RED cíclica, and Prestación sostenibilidad de la actividad RED sectorial. A 'PREGUNTAS FRECUENTES' button is visible. A 'Video tutorial de ayuda' link is also present. At the bottom, there is a footer: 'Si necesita contactar llame al teléfono 900 121 300 24h. Servicio 24 horas. Si es asesoría o empresa puede llamar directamente a su contacto de MAZ'.

Al seleccionar uno de los dos riesgos, inmediatamente se autoselecciona la “contingencia profesional”.

La UPRL informa



Presente los formularios en 3 pasos: 1 Seleccione su prestación o trámite

PREGUNTAS FRECUENTES

Prestación / Trámite: Riesgo de embarazo

Tipo de contingencia (?): Contingencia Profesional

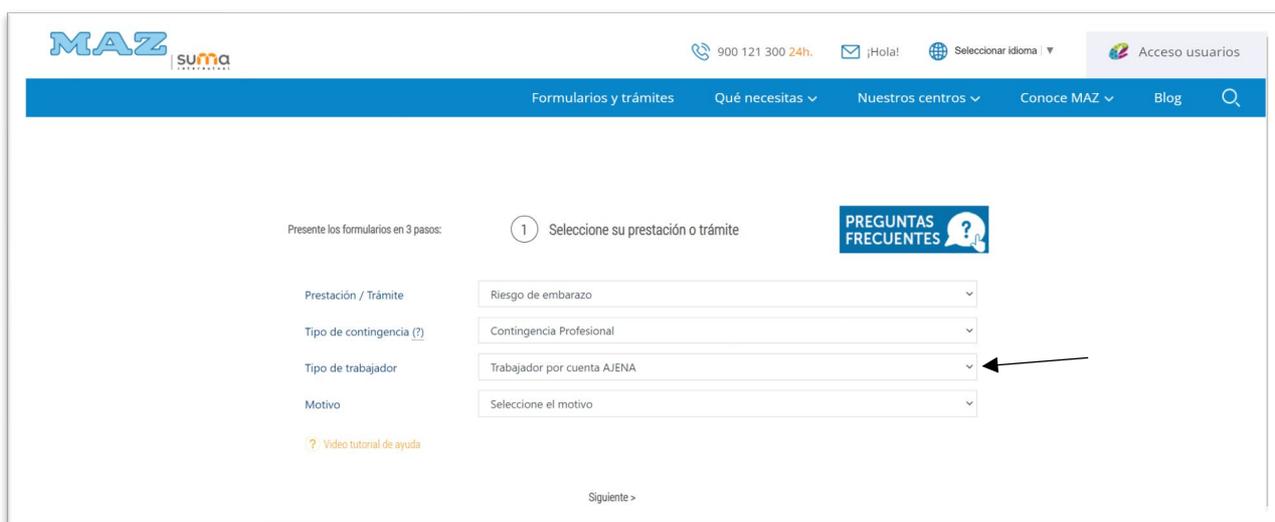
Tipo de trabajador: Seleccione el tipo de trabajador

Motivo: Seleccione el motivo

Video tutorial de ayuda

Siguiente >

Después hay que seleccionar el “Tipo de trabajador”, que en nuestro caso será “Trabajadora por cuenta ajena” al estar contratada por la Universidad de Zaragoza.



Presente los formularios en 3 pasos: 1 Seleccione su prestación o trámite

PREGUNTAS FRECUENTES

Prestación / Trámite: Riesgo de embarazo

Tipo de contingencia (?): Contingencia Profesional

Tipo de trabajador: Trabajador por cuenta AJENA

Motivo: Seleccione el motivo

Video tutorial de ayuda

Siguiente >

Y seleccionar el motivo “Primera fase: certificación de riesgo” ya que primero queremos que la MAZ estudie si tenemos riesgo laboral.

Como podrá observar, en el desplegable ya le aparecen todos los pasos que puede dar con la MAZ en relación con este trámite del riesgo laboral.

- Primera fase: certificación del riesgo
- Segunda fase: solicitud de prestación
- Comunicación de fin de riesgo embarazo
- Solicitud o finalización aplicación tipo voluntario IRPF
- Modificación cuenta bancaria
- Documentación adicional a una solicitud ya enviada

Con posterioridad a esta primera fase, deberá volver a esta pantalla principal y elegir el siguiente paso.

La UPRL informa

Presente los formularios en 3 pasos: 1 Seleccione su prestación o trámite

PREGUNTAS FRECUENTES

Prestación / Trámite: Riesgo de embarazo

Tipo de contingencia (7): Contingencia Profesional

Tipo de trabajador: Trabajador por cuenta AJENA

Motivo: Seleccione el motivo

- Seleccione el motivo
- Primera fase: Certificación del Riesgo
- Segunda Fase: Solicitud de prestación
- Comunicación fin riesgo embarazo
- Solicitud o finalización aplicación tipo voluntario IRPF
- Modificación cuenta bancaria
- Documentación adicional a una solicitud ya enviada

Al pinchar en el botón “Siguiete” le aparecerá la siguiente pantalla en la que puede ver toda la documentación que va a tener que mandarles llegado este punto:

2 Documentación asociada a la prestación o trámite seleccionado

PREGUNTAS FRECUENTES

Riesgo de embarazo > Contingencia Profesional > Trabajador por cuenta AJENA > Primera fase: Certificación del Riesgo

Prepare la documentación necesaria para adjuntarla en la siguiente pantalla (formato .pdf, .jpg o .png). Más información sobre la prestación o trámite. Los documentos en naranja son para descargar y rellenar. En caso necesario, deberán ir firmados.

Documento	Requiere FIRMA
Solicitud de certificación médica de existencia de riesgo cuenta ajena	Si
Informe del médico del Servicio público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.	
Certificado sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural	Si
Informe Técnico de Evaluación Inicial de Riesgos de su puesto de trabajo realizado por el Servicio de Prevención que su empresa tenga contratado, y que deberá solicitar a la misma.	
Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo	
Para personal de EDUCACIÓN, SANITARIO o NO SANITARIO pero que trabaje en ADMISIÓN, LIMPIEZA o CELADORAS DE URGENCIAS	
Fotocopia de Cartilla de embarazada (en las CCAA que existe) o informe médico en el que consta la evolución del embarazo actual	
Fotocopia de NIF o NIE o pasaporte en vigor	
NOTA: se le podrá solicitar que aporte documentación extra para la resolución de su expediente	

< Anterior Siguiete >

Si necesita contactar, llame al teléfono 900 12 13 00. Servicio 24 horas. Si es asesoría o empresa, puede llamar directamente a su contacto de MAZ.

Dispone de 3 documentos que puede descargar, pero solo deberá descargar el primero de ellos para rellenarlo:

- Solicitud de certificación médica de existencia de riesgo cuenta ajena (descargar)
- Certificado sobre la actividad desarrollada y de las condiciones de trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural (es para que rellene la empresa)
- Para personal de educación, sanitario o no sanitario pero que trabaje en admisión, limpieza o celadoras de urgencias (no aplica a la Universidad de Zaragoza)

Solicitud de certificación médica de existencia de riesgo cuenta ajena: En este documento está solicitando que la parte médica de MAZ estudie los riesgos de su puesto de trabajo y si en su situación tiene riesgo para el embarazo o la lactancia o a partir de qué semana de gestación puede aparecer el riesgo.

La UPRL informa

MAZ SUMMA **SUTIA**

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO / LACTANCIA NATURAL. CUENTA AJENA

SEILLO DE ENTRADA

LA CERTIFICACIÓN MÉDICA QUE SOLICITA ACREDITARÁ LA EXISTENCIA, O NO, DE RIESGO EN SU PUESTO DE TRABAJO RESPECTO A SU ESTADO DE EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL, Y JUSTIFICARÁ EN CASO DE EXISTIR DICHO RIESGO, LA NECESIDAD DEL CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO POR OTRO COMPATIBLE CON SU ESTADO. SOLO SI DICHO CAMBIO DE PUESTO NO RESULTARE TÉCNICA U OBJETIVAMENTE POSIBLE, O NO PUEDA RAZONABLEMENTE EXPLICAR POR MOTIVOS JUSTIFICADOS, PODRÁ ACCEDER CON POSTERIDAD A LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL. Art. 31 RD 295/2009.

La cumplimentación deficiente o incompleta 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.

Importante: Revisa los riesgos señalados en el CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA O EN PERIODO DE LACTANCIA NATURAL, ya que, según el riesgo indicado, deberá aportar documentación acreditativa proporcionada por su empresa.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombre: _____
 DNI/NIE/Pasaporte: _____ Num. Afiliación Seguridad Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Domicilio (calle o plaza): _____ Num. Bloque: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Puerta: _____
 Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono Móvil: _____ e-mail (*): _____

(*) En aras a promover la celeridad e inmediatidad de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. Nº11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico enviando como dirección de correo a los documentos su DNI.

2. DATOS DE LA EMPRESA-ASESORIA

Nombre de la empresa o razón social: _____ Código de Cuenta de Cotización (C.C.C.): _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Localidad: _____ Código Postal: _____
 Asesoría / Gestoría: _____ Tf. Asesoría: _____ e-mail: _____

3. DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA:

Régimen General Agrupación cuenta ajena Reg. comercio Artes y oficios Régimen Mar. Empleados hogar

Riesgo durante el embarazo Embarazo múltiple No Riesgo durante la lactancia natural

Semana de gestación (a fecha de la solicitud): _____ Fecha de parto: _____
 Fecha prevista de parto (*): _____ Fecha del fin del permiso de maternidad: _____
 (*): Indicar la fecha que aparece en el informe médico. No Sí. Indicar la fecha fin: _____
 No Sí. Indicar la fecha fin: _____

Si está disfrutando de **vacaciones**, indique la fecha de finalización: _____

4. DATOS DEL PUESTO

4.1 DENOMINACIÓN DE SU PUESTO DE TRABAJO: _____

4.2 DISTRIBUCIÓN HORARIA. HORAS SEMANALES TRABAJADAS:

DIAS	<input type="checkbox"/>	LUNES	<input type="checkbox"/>	MARTES	<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	<input type="checkbox"/>	VIERNES	<input type="checkbox"/>										
------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------

4.3 FUNCIONES QUE REALIZA:

Pág. 1 de 2

Apellidos y nombre: _____ DNI/NIE/Pasaporte: _____

4.4 EN CASO DE FLUJIACTIVIDAD (PA) O PLURIEMPLEO (PE), INDIQUE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:
 Nota: La distribución horaria deberá estar certificada por la empresa que la suministra. Presentar documento que lo acredite.
 PA=pluriactividad. Corresponde a tener actividades profesionales correspondientes a distintos regímenes de la seguridad social.
 PE=pluriempleo. Corresponde a trabajar en 2 o más empresas pero siempre realizando actividades incluidas en el régimen general de la seguridad social.

PA	PE	PA	PE	PA	PE	PA	PE
ESTADO							
<input type="checkbox"/>							

4.5 INDIQUE CÓMO SE HA ADAPTADO SU PUESTO DE TRABAJO O FUNCIONES QUE REALIZA A SU NUEVO ESTADO

4.6 SOLO APLICABLE PARA EMBARAZO. NO RELLENAR EN CASO DE LACTANCIA. MARQUE SI CORRESPONDE Y VISUALICE [La SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL DEBE APORTARLOS:](#)

Soy personal de EDUCACIÓN de:

Guarderías Educación Infantil Hasta 3º de primaria Secundaria y bachiller

Soy personal SANITARIO de:

Asistencia Primaria, Servicio de Urgencias, Pediatría, UCI, Unidad de Respiración, Servicio de Medicina Interna, Servicio de Neurología Asistencia Primaria y Servicio de Urgencias (en contacto con otros centros de 3ª línea), Pediatría, UCI y Unidad de Respiración

Veterinarias **NO soy personal SANITARIO** pero trabajo en admisión, limpieza o celadores de urgencias

5. PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

5.1 ¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE DE INCAPACIDAD TEMPORAL? Sí No.

5.2 PROCESOS ANTERIORES A LA SOLICITUD
 Indique los procesos de incapacidad temporal finalizados en el mes de la solicitud o en el inmediatamente anterior:

IMPORTANTE: El informe del médico del Servicio público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto (para riesgo embarazo) o el informe pediátrico que acredite la lactancia natural y la fecha de parto (para riesgo lactancia) **deberá estar actualizado a la fecha del alta médica reciente.** Debe aportar el parte médico de alta (reemplazar trabajador). El Servicio Médico cuando estudie estos procesos de IT para la determinación de la certificación médica del riesgo, podrá solicitar informes médicos relacionados.

Fecha de la baja médica	Fecha del alta médica	¿Existe relación entre su baja médica y su situación de embarazo o lactancia?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

6. MUTUA ASEGURADORA

MAZ DActive Mutua Navarra Mutua Madrileña MUTUA BALEAR egarsal

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de la emisión de la preceptiva **certificación médica** de que las condiciones de mi puesto de trabajo pueden influir negativamente en mi salud y/o la del feto o hijo, respondiendo por los servicios médicos de MAZ, adoptando para ello, todas las medidas necesarias para su resolución.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consignó en el presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MAZ cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

Firma de la interesada

En _____ de _____ de _____ de _____

* Se le podrá solicitar que aporte documentación extra para la resolución de su expediente.
 * Se dispone de un plazo de 30 días, contados desde la recepción de la solicitud de la interesada, a efectos del reconocimiento del derecho a la prestación económica por riesgo durante el embarazo o lactancia natural. A la vista de la documentación presentada y una vez comprobados todos los requisitos formales, hechos y condiciones exigidos para acceder al subsidio, la entidad gestora dictará resolución expresa. Art. 39 Real Decreto 295/2009

Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 con la finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente en el Régimen General de Tratamiento.** Se le informa que dichos datos serán conservados, durante el plazo establecido en el artículo 4º del Real Decreto 1718/2010 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2010 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo anterior, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ, o a través de la dirección local@maz.es

Podrá acceder a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

Pág. 2 de 2

Deberá rellenar sus datos personales, datos de la empresa en la que trabaja y para la que está solicitando el estudio, datos referidos a su embarazo o la lactancia, datos de su puesto de trabajo (horario, funciones), si ha tenido bajas laborales que tengan que ver con el embarazo, etc.

En el caso de los datos de la empresa, deberá rellenar los campos de la siguiente manera:

2.DATOS DE LA EMPRESA-ASESORIA

Nombre de la empresa o razón social UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA	Código de Cuenta de Cotización (C.C.C.)	Teléfono 976761000
Dirección C/ PEDRO CERBUNA	Localidad ZARAGOZA	Código Postal 50009
Asesoría / Gestoría UPRL	Tf. Asesoría 876553103	e-mail uprlsehi@unizar.es

Según la forma de acceso a la Universidad de Zaragoza, tendrá un código de cuenta de cotización (C.C.C.) que podrá consultarlo en su servicio de personal o con la UPRL.

Certificado sobre la actividad desarrollada y de las condiciones de trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural

Este documento lo rellena la UPRL con la información que le proporciona la trabajadora. Por esta razón hay que informar con exactitud a la UPRL de los horarios de la trabajadora y sus tareas, para informar a MAZ del % del tiempo en el que la trabajadora puede estar expuesta a alguno de los riesgos en el desarrollo de alguna de sus tareas.

La empresa también debe dar explicaciones a la MAZ sobre las medidas que ha tomado para eliminar los riesgos de la trabajadora que pueden afectarle en el embarazo o la lactancia, y, si aún así persisten los riesgos, explicar los motivos por los que no ha sido posibles eliminarlos.

La UPRL informa

Por esta razón, las personas que ejercen de responsables jerárquicos de la trabajadora deben dar las explicaciones pertinentes a la UPRL de los motivos por los que persiste el riesgo.

Este documento lo firma la gerencia de la Universidad de Zaragoza y la UPRL se lo manda a la trabajadora para que lo anexe a su solicitud.

CERTIFICADO SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA O EN PERIODO DE LACTANCIA NATURAL

(1) A realizar por la **EMPRESA** para trabajadoras de cuenta ajena, el **CLIENTE** para TRADE, el **ADMINISTRADOR** de la sociedad para trabajadora autónoma que presta sus servicios en sociedad cooperativa, laboral o mercantil y por el **RESPONSABLE DEL HOGAR FAMILIAR** para empleadas de hogar.

El presente documento es una declaración por parte del firmante, siendo el único responsable legal de la veracidad de su contenido. Declara que los datos contenidos son exactos y veraces y que no ha ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que pueda influir en la correcta valoración de la concesión de esta prestación de la Seguridad Social.

1. DATOS DEL DECLARANTE

DD ^a Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI-NIE-TIE
Cargo (1)	Empresa	Código de Cuenta de Cotización	
Domicilio	Localidad	Provincia	
Código Postal	Teléfono	Correo electrónico	

DECLARA que:

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

DF. Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	con DNI-NIE-TIE
Número Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Trabajadora del régimen general <input type="checkbox"/> Trabajadora autónoma en sociedad cooperativa, laboral o mercantil <input type="checkbox"/> TRADE(2) <input type="checkbox"/> Empleada de hogar		
Puesto de trabajo:	Tipo de contrato	Categoría profesional:	CNO:
Inicio	L	M	X
Fin	J	V	S
Indicar si desarrolla actividades físicas/deportivas o de docencia:			
<input type="checkbox"/> Sí, Presentar planning mes actual y anterior. Planning no necesario si la trabajadora solicita el riesgo por lactancia natural.			
<input type="checkbox"/> No			

(2) TRADE: Trabajadora autónoma económicamente dependiente.

2.1 Tareas más frecuentes en la jornada laboral que suponen riesgo para la trabajadora y que se han adaptado o eliminado

Indicar el tiempo efectivo en la tarea o % de la jornada. Si la tarea la realiza ocasionalmente, marcar en la casilla "ocasional". Si se ha adaptado o eliminado la tarea a su nuevo estado, marcar en columna "Adaptada o eliminada" e indicar cómo se ha adaptado o eliminado.

TAREA	Tiempo	Ocasional	¿Adaptada o eliminada?	Indicar cómo se ha adaptado o eliminado.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> Eliminada	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> Eliminada	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> Eliminada	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> Eliminada	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> Eliminada	

2.2 Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que No Sí figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa previa consulta con los representantes de los trabajadores.

Esta relación se podrá solicitar junto con la evaluación médica de riesgos del puesto realizada por el servicio de prevención, evaluación que deberá ser aportada por la trabajadora junto a su solicitud de certificado médico. (No obligatorio para empleadas de hogar).

CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA O EN PERIODO DE LACTANCIA NATURAL

Apellidos y nombre de la trabajadora	DNI-NIE-Pasaporte de la trabajadora
--------------------------------------	-------------------------------------

2.3 Los riesgos asociados a las tareas del puesto de trabajo son los siguientes:

Manipulación manual de cargas. Tipo de manipulación: <input type="checkbox"/> Empuje/Arrastre <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Ascenso/Descenso <input type="checkbox"/> Ruido. Deberá aportar mediciones asociadas al puesto y tiempo de exposición. <input type="checkbox"/> Exposición a agentes biológicos. (La trabajadora deberá aportar la cartilla de vacunación y/o serologías específicas , según Guía Médica para la Valoración del Riesgo durante el Embarazo INSS). <input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes: Lleve dosímetro: <input type="checkbox"/> Sí (aportar dosímetro) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Vibraciones de cuerpo entero o mano-brazo. aportar mediciones asociadas al puesto. <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Exposición a fibrilador externo. aportar mediciones fibrilador: temperatura, humedad y tiempo de exposición/valoración de estrés térmico (según UNE-EN ISO 11079 vigente) <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Riesgo de agresión. aportar registro de incidencias para su categoría profesional. <input type="checkbox"/> Otros riesgos. Indicar a continuación:	Posturas forzadas. Tipo de postura forzada: <input type="checkbox"/> Bipedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Sedentación <input type="checkbox"/> Flexión del tronco >60° <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/> Exposición a agentes químicos. Aportar las fichas técnicas de los productos químicos y medición de valores ambientales.
---	--

3. En consecuencia, **DECLARO** que:

3.1 Sí No ha sido posible **eliminar los riesgos** identificados en el punto 2.3, en este caso, indicar a continuación los motivos por los que no ha sido posible:

--

3.2 Sí No ha sido posible **adaptar las condiciones de trabajo o el tiempo de trabajo**, en este caso, indicar a continuación los motivos por los que no ha sido posible:

--

3.3 En base a estas actuaciones, las condiciones del puesto de trabajo Sí No pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del lactante, a partir de la semana en que se certifique la existencia de riesgo.

_____, de _____ de 20_____
(Firma y sello de la empresa)

Nota informativa para la empresa: En los supuestos en que, por razón de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, la trabajadora en virtud de lo previsto en el artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, sea destinada a un puesto de trabajo diferente y compatible con su estado, se aplicará con respecto a las cuotas devengadas durante el período de permanencia en el nuevo puesto de trabajo o función, una bonificación, de 138 €mes, de acuerdo con lo dispuesto en el art 19 del Real Decreto-ley 1/2023, de 10 de Enero, de medidas urgentes en materia de incentivos a la contratación laboral y mejora de la protección social de las personas artistas.

Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MAZ, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y justificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la Mutua se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2000, de 8 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa/Identificador/Responsable del hogar familiar. En estos casos, el plazo de treinta días para que MAZ notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

Se le comunica que los datos personales facilitados según **trabajo por MAZ, N.C.E.S. N° 11** con la **Entidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. De la información que dichos datos serán conservados durante el plazo establecido en el artículo 20 del Reglamento de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, excepto MAZ, utilizada para otros tratamientos por mandato legal. Sin embargo, se puede **generar copias de sus datos** (datos, identificación, personal) e **incidir del tratamiento** en el momento que desee dirigirse a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección seguridad@maz.es. Permiso a su disposición. Información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.maz.es/seguridad-social/seguridad-social>

2. Subir los documentos a la plataforma de MAZ

Después de tener estos dos documentos rellenos y firmados, puede comenzar la solicitud on line al darle al botón "Siguiete".

Le saldrá la pantalla de solicitud on line para que rellene los datos del solicitante. Deberá elegir en el desplegable "en calidad de": interesado.

Además, deberá arrastrar al cuadrado de la pantalla los documentos que se le solicitan en pdf, jpeg, etc.:

Documento	Requiere FIRMA
Solicitud de certificación médica de existencia de riesgo cuenta ajena	SÍ
Informe del médico del Servicio público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.	
Certificado sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural	SÍ
Informe Técnico de Evaluación Inicial de Riesgos de su puesto de trabajo realizado por el Servicio de Prevención que su empresa tenga contratado, y que deberá solicitar a la misma.	
Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo	
Para personal de EDUCACIÓN, SANITARIO o NO SANITARIO pero que trabaje en ADMISIÓN, LIMPIEZA o CELADORAS DE URGENCIAS	
Fotocopia de Cartilla de embarazada (en las CCAA que existe) o informe médico en el que consta la evolución del embarazo actual	
Fotocopia de NIF o NIE o pasaporte en vigor	
NOTA: se le podrá solicitar que aporte documentación extra para la resolución de su expediente	

La UPRL informa

MAZ suma

900 121 300 24h. ¡Hola! Seleccionar idioma Acceso usuarios

Formularios y trámites Qué necesitas Nuestros centros Conoce MAZ Blog

3 Datos de la solicitud online PREGUNTAS FRECUENTES

Riesgo de embarazo > Contingencia Profesional > Trabajador por cuenta AJENA > Primera fase: Certificación del Riesgo > Datos del interesado

Cumplimenta con los datos del interesado y adjunte los documentos indicados en el paso 2 que siguen:

Tipo de documento: * Seleccione el tipo de docum

Nº de documento: * [] Provi. / [] Numero / [] DC

NAE: * [] Provi. / [] Numero / [] DC

CCC Empresa: * [] Provi. / [] Numero / [] DC

Nombre: *

Primer apellido: *

Segundo apellido: *

En calidad de: * Seleccione una opción

* Campos obligatorios

He leído y acepto la política de privacidad

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 con la finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo imprescindible necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad, oposición, supresión y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigirse a cualquier centro de MAZ o bien en la dirección usuario@maz.es

Para más a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Regimen/politica-de-privacidad.aspx>

¿ Necesita ayuda?

< Anterior

Enviar formulario

Una vez haya subido todo y marcada la casilla de haber leído y aceptar la política de privacidad, no olvide darle a enviar formulario.

3. Esperar la decisión de MAZ respecto a la existencia de riesgos durante el embarazo o la lactancia materna

Tenga en cuenta que, si trabaja para más empresas y tiene riesgos para el embarazo o la lactancia en las demás empresas, deberá realizar la solicitud on line para esa otra empresa, subiendo los documentos de su otra empresa.

Una vez hecha la solicitud a la MAZ, esta estudiará su caso (uno para cada empresa, si es el caso) y en el plazo más o menos de 10 días emitirá un comunicado a la interesada, que le llegará a casa por correo ordinario o por correo electrónico. También informará a la UPRL.

En el comunicado vendrá la resolución en cuanto a la aceptación o no del riesgo laboral o la petición de subsanación de alguna documentación o información adicional para continuar con el estudio.

Una vez tenga concedida la existencia de riesgo por la parte médica de MAZ, podrá iniciar la segunda fase con MAZ que será la solicitud de la prestación.

4. Solicitud de prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia natural

Deberá ir a la página principal de trámites con MAZ y marcar en el desplegable del motivo: “segunda fase: solicitud de prestación”. Dar al botón “siguiente”.

La UPRL informa

Presente los formularios en 3 pasos:

- 1 Selección su prestación o trámite

PREGUNTAS FRECUENTES

Prestación / trámite: Riesgo de embarazo

Tipo de contingencia (7): Contingencia Profesional

Tipo de trabajador: Trabajador por cuenta AJENA

Motivo: Seleccione el motivo

- Selección el motivo
- Primera fase: Certificación del Riesgo
- Segunda Fase: Solicitud de prestación**
- Comunicación fin riesgo embarazo
- Solicitud o finalización aplicación tipo voluntario IRPF
- Modificación cuenta bancaria
- Documentación adicional a una solicitud ya emitida

Si necesita contactar, llame al teléfono 900 12 13 00. Servicio 24 horas. Si es asesoría o empresa, puede llamar directamente a su contacto de MAZ.

Le aparecerá otra pantalla donde verá toda la documentación que le hace falta reunir para continuar con la solicitud. Como en la primera fase, podrá descargarse los documentos para rellenarlos.

2 Documentación asociada a la prestación o trámite seleccionado

Riesgo de embarazo > Contingencia Profesional > Trabajador por cuenta AJENA > Segunda Fase: Solicitud de prestación

Prepare la documentación necesaria para adjuntarla en la siguiente pantalla (formato pdf, jpg, png o .png). Los documentos en naranja son para descargar y rellenar. En caso necesario, deberán ir firmados. Más información sobre la prestación o trámite

Documento	Requiere FIRMA
Solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o lactancia natural. Cuenta ajena. (A presentar si le ha sido reconocido por MAZ riesgo para su estado en su puesto y no ha sido reubicada a otro puesto)	
Declaración sobre la inexistencia o existencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de embarazo o lactancia natural	SI
Informe del Servicio de Prevención sobre los particulares indicados en la declaración anterior	
Comunicación de datos al pagador. Modelo 145	SI
Fotocopia de la nómina del mes anterior a la fecha de suspensión (caso de contrato a tiempo parcial fotocopia de las tres últimas nóminas)	
CERTIFICADO de bases de COTIZACIÓN emitido por la empresa	SI
Al término del embarazo, se deberá adjuntar justificante de baja maternal, alta hospitalaria o libro de familia. El abono del último periodo quedará condicionado a su presentación. Adjuntar en el apartado de Motivo, en Comunicación fin riesgo embarazo	
Ante la interrupción del embarazo, la extinción del contrato o reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible, adjuntar el documento que lo justifique en el apartado de Motivo, en Comunicación fin riesgo embarazo	
Certificado residencia (Con domicilio fiscal fuera de España o pasaporte)	
Certificado titularidad bancaria	

Video tutorial de ayuda

< Anterior Siguiente >

Dispone de 4 documentos que puede descargar, pero solo deberá descargar el primero de ellos y el tercero para rellenarlo:

- Solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural. Cuenta ajena (descargar). (A presentar si le ha sido reconocido por MAZ riesgo para su estado en su puesto y no ha sido reubicada a otro puesto)
- Declaración sobre la inexistencia o existencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de embarazo o lactancia natural (es para que rellene la empresa, la UPRL)
- Comunicación de datos al pagador. Modelo 145. (descargar)
- Certificado de bases de cotización emitido por la empresa (a descargar y rellenar por el servicio de Nóminas y Seguridad Social de la Universidad de Zaragoza)

Solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural. Cuenta ajena

Tenga en cuenta que si trabaja para dos empresas en las cuales le hayan reconocido el riesgo, deberá realizar este trámite de nuevo con los datos de la otra empresa, ya que es un estudio distinto. También es posible que se le haya reconocido el riesgo en una empresa, pero no en la otra.

La UPRL informa

Deberá rellenar en el impreso de solicitud sus datos personales, los laborales (incluyendo si ha tenido incapacidades temporales derivadas del embarazo), los datos bancarios y los fiscales.



SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO / LACTANCIA NATURAL. CUENTA AJENA

SELLO DE ENTRADA

Esta solicitud se podrá realizar si ha tramitado previamente la solicitud de certificación del riesgo y ha sido extendido por parte de MAZ el certificado médico en el que se establezca la existencia del riesgo para el embarazo o lactancia natural.

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/IE-passaporte	Num. Afiliación Seguridad Social	Fecha de nacimiento
Domicilio (calle o plaza)	Num. Bloque Esc. Piso Puerta	
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono fijo	Teléfono Móvil	e-mail (1)

(1) En aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. N°11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

2. DATOS PROFESIONALES

(2) Esta información la podrá encontrar en el "Certificado sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural."

Tipo de contrato(2):	Fecha de inicio (2):	Grupo de cotización (2):
<input type="checkbox"/> indefinido <input type="checkbox"/> fijo discontinuo. Fecha fin campaña: _____	<input type="checkbox"/> Temporal Fecha fin contrato: _____	<input type="checkbox"/> Formativo
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial. Horas al mes: _____	Indique si tiene reducción de jornada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Solo en caso de embarazo: Si es personal de educación, indicar los PERIODOS no lectivos o de inactividad previstos desde la fecha de esta solicitud hasta fin del embarazo.

Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin
--------	-----	--------	-----	--------	-----

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD.

Prestación económica por:

<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL
Fecha de suspensión del contrato (3): _____	Fecha de suspensión del contrato (3): _____
Fecha probable del parto: _____	Fecha de nacimiento del hijo: _____

(3) Anotar la fecha de suspensión que ha sido registrada en la "Declaración sobre la inexistencia o existencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de embarazo o lactancia natural".

Si está disfrutando de vacaciones, indique la fecha de finalización: _____

Pág. 1 de 2.

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte
--------------------	-------------------

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO / LACTANCIA NATURAL. CUENTA AJENA

4. SITUACIÓN PROTEGIDA

¿Se encuentra actualmente de incapacidad temporal? Si No

Indique los datos de los procesos de incapacidad temporal iniciados o mantenidos desde que MAZ le emitió el certificado médico de la situación de riesgo:

Fecha de la baja médica	Fecha de la alta médica	¿Existe relación entre su baja médica y su situación de embarazo o lactancia?
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¡IMPORTANTE!

- El informe del médico del Servicio público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto (para riesgo embarazo), o el informe pediátrico que acredite la lactancia natural y la fecha de parto (para riesgo lactancia) **deberá estar actualizado a la fecha del alta más reciente.**
- Debe aportar el parte médico de alta (ejemplar para el trabajador)
- Se le podrá solicitar información o documentación médica adicional de estos procesos de Incapacidad Temporal, que pueden supeditar la resolución de la primera fase de Certificación del Riesgo.

5. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

Código IBAN de CUENTA/LIBRETA:

CODIGO PAIS	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO CUENTA CORRIENTE

Ponga especial atención a la hora rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando se haga el ingreso. Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

El titular de la cuenta corriente deberá ser necesariamente el beneficiario de la prestación. Debe aportar certificado de titularidad bancaria.

6. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____%

Debe adjuntar Modelo 145-Comunicación de datos al pagador, cumplimentado por Ud. No se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido.

7. MUTUA ASEGURADORA



DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud.

MANIFIESTO

he obligación de comunicar a MAZ cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo y circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo - El inicio del despido por maternidad - La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible - La extinción del contrato de trabajo - La interrupción del embarazo. Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural - La reincorporación de la lactancia natural - Cumplir el hijo los nueve meses de edad - La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible - La extinción del contrato de trabajo.

que el incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como inculpa del subsidio percibido en el periodo correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluido a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Manifiesto también mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados.

SOLICITO que en el curso a mi petición de reconocimiento de la prestación económica por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma de la interesada

En _____ a _____ de _____ de _____

MAZ Mutua Colaboradora con la Seguridad Social N°11 INFORMA

- Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MAZ, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de las mismas se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su confidencialidad e discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa.
- Se le podrá solicitar que aporte documentación extra para la resolución de su expediente.
- Se dispone de un plazo de 30 días, contados desde la recepción de la solicitud de la interesada, a efectos del reconocimiento del derecho a la prestación económica por riesgo durante el embarazo o lactancia natural. A la vista de la documentación presentada y una vez comprobados todos los requisitos formales, hechos y condiciones exigidos para acceder al subsidio, la entidad gestora dictará resolución expresa. Art. 36 Real Decreto 295/2009.

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. N°11 con la finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente e Inesponsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se realice de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2018/779 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2018 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigirse a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección updr@maz.es. Podrá ejercer a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web www.maz.es/seguridadsocial/comunicacion.

Pág. 1 de 2.

Comunicación de datos al pagador. Modelo 145.

Es un formulario estándar que tiene que rellenar por duplicado, ya que uno es para la MAZ y otro para el interesado. En este documento se declara su situación personal familiar, estado civil, descendencia, etc.

La UPRL informa

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo		Modelo
Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)		145
<p>Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora algunos de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.</p> <p>Atención: La inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 50 al 150 por 100 las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).</p>		
1. Datos del receptor que efectúa la comunicación		
APELLIDOS Y NOMBRE: _____		AÑO DE NACIMIENTO: _____
Situación familiar:		
• Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento		1
• Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las eventuales		2
NF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) _____		3
• Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, etc.)		3
(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).		
Discapacidad (grado de minusvalía reconocido): Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/> Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/> Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida <input type="checkbox"/>		
Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado _____		
Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores: Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del impuesto sobre la renta. <input type="checkbox"/>		
2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el receptor		
Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.		
Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)		
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.		Computo por entero de hijos o descendientes
Año de nacimiento: _____	Año de adopción o acogimiento (RI): _____	En caso de hijo que conviva únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nieto que conviva únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indique marcando con una "X" esta casilla.
Grado igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Grado igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida <input type="checkbox"/>
Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.		
(RI) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Trátese de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.		
3. Ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el receptor)		
Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.		
Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)		Convivencia con otros descendientes
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.		Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. De los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla.
Año de nacimiento: _____	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Grado igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>
Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida <input type="checkbox"/>		
4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial		
Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial _____		
Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial _____		
5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF		
Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013. Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cantidad total de sus reintegraciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 53.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla <input type="checkbox"/>		
6. Fecha y firma de la comunicación		7. Acuse de recibo
Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.		La empresa o entidad _____ acusa recibo de la presente comunicación y documentación.
Firma del receptor: _____ de _____ de _____		Firma autorizada y sellada de la empresa o entidad pagadora: _____ de _____ de _____
Fdo.: D / D / D *		Fdo.: D / D *
De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el receptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de estos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.		

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora

Declaración sobre la inexistencia o existencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de embarazo o lactancia natural

Este documento lo rellenará la UPRL con la información referente a la existencia o no dentro de la Universidad de Zaragoza de puestos de trabajo compatibles con el estado de embarazo o lactancia, y si ha sido posible o no reubicar a la trabajadora en alguno de ellos. Si no es así se expondrán los motivos.

En la resolución de MAZ es posible que le indiquen la semana de gestación para la cual se estima la existencia de riesgo o la fecha aproximada. Con este dato, y previo acuerdo con la trabajadora, se fijará la fecha para que se le suspenda el contrato y pase a situación de baja laboral por riesgo.

El documento lo firmará el servicio de prevención de la Universidad de Zaragoza y la gerencia.

En este formulario hay un espacio además para que el servicio de prevención pueda rellenar lo que estime conveniente si no adjunta otro informe anexo.

La UPRIL informa

MAZ SUZUKA DECLARACIÓN SOBRE LA INEXISTENCIA O EXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO COMPATIBLES CON EL ESTADO DE EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

Marque el régimen que corresponda al de la trabajadora de esta declaración:

Régimen	<input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Régimen especial de Empleada de hogar
Declarante	(1) Empresa	(1) Responsable del hogar familiar

1. DATOS DEL DECLARANTE

D.D.* Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI-NIE-TIE
Cargo (1)	Empresa		Código de Cuenta de Cotización
Domicilio	Localidad		Provincia
Código Postal	Teléfono	Correo electrónico	

2. DECLARA que:

DATOS DE LA TRABAJADORA

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI-NIE-TIE	Número Seguridad Social
--------	-----------------	------------------	-------------	-------------------------

Deberá elegir una de las tres opciones:

1. SI que existen puestos de trabajo compatibles con su estado y se ha podido reubicar-cambiar a la trabajadora a alguno de estos puestos. Denominación de este nuevo puesto: _____

2. SI que existen puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora y el cambio de puesto (puede elegir 1 o las 2 opciones siguientes y explicará los motivos para aquellas que seleccione).

NO es técnica u objetivamente posible

NO puede razonablemente exigirse } por los siguientes motivos: _____

Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo con fecha: _____

3. NO existen puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora.

Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo con fecha: _____

Vº Bº del Servicio de Prevención (Vigilancia de la Salud)
Firma de su representante.

Se adjunta informe (*) anexo SI NO

(*) Informa sobre estos particulares emitido por el Servicio de prevención propio de la empresa, siempre que cuente con la especialidad preventiva de vigilancia de la salud, o por la entidad especializada que desarrolle para la empresa, en base al correspondiente convenio, las funciones de servicio de prevención ajeno.

..... a de de 20.....

(Firma del declarante y sello de la empresa)
Firma requerida en todos los casos.

NOTA: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MAZ, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 292/2006, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa/responsable hogar. En estos casos, el plazo de treinta días para que MAZ notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. N.º 11 con la finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Si la Mutua sus dichos datos están orientados durante el plazo de tratamiento necesario para el objeto con que se realizó el acuerdo con el legislador en el Reglamento 2016/79 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo anterior, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, modificación, portabilidad y portabilidad del tratamiento) en el momento que desee dirigirse a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección info@mutuamaz.es. Podrá hacer su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.maz.es/Paginas/Inicio-01.aspx

Además, para solicitar la prestación económica se le solicitará la siguiente documentación que tiene que ver con sus datos económicos: nómina del mes anterior a la fecha de suspensión o las últimas 3 nóminas en caso de contrato temporal, certificado de titularidad bancaria, etc. La nómina podrá descargarla del programa de personal [e-Gestión del empedado](#).

Documento	Requiere FIRMA
Solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o lactancia natural. Cuenta ajena. (A presentar si le ha sido reconocido por MAZ riesgo para su estado en su puesto y no ha sido reubicada a otro puesto)	
Declaración sobre la inexistencia o existencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de embarazo o lactancia natural	SI
Informe del Servicio de Prevención sobre los particulares indicados en la declaración anterior	
Comunicación de datos al pagador: Modelo 145	SI
Fotocopia de la nómina del mes anterior a la fecha de suspensión (caso de contrato a tiempo parcial fotocopia de las tres últimas nóminas).	
CERTIFICADO de bases de COTIZACIÓN emitido por la empresa.	SI
Al término del embarazo, se deberá adjuntar justificante de baja maternal, alta hospitalaria o libro de familia. El abono del último periodo quedará condicionado a su presentación. Adjúntalo en el apartado de Motivo, en Comunicación fin riesgo embarazo.	
Ante la interrupción del embarazo, la extinción del contrato o reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible, adjuntar el documento que lo justifique en el apartado de Motivo, en Comunicación fin riesgo embarazo.	
Certificado residencia (Con domicilio fiscal fuera de España o pasaporte)	
Certificado titularidad bancaria	

La UPRL informa

En la pantalla siguiente le aparecerá una pantalla similar a la de la fase 1, en la que podrá adjuntar todos los documentos que se le solicitan.

No olvide darle al botón de “enviar formulario” para mandar la solicitud a MAZ.

The screenshot shows the MAZ online application form. The form is titled "Datos de la solicitud online" and includes a "PREGUNTAS FRECUENTES" button. The form is divided into several sections: "Tipo de documento", "Nº de documento", "Nº de documento", "CCC Empresa", "Nombre", "Primer apellido", "Segundo apellido", and "En calidad de". There is a section for "Adjuntar documento" with a red arrow pointing to it. At the bottom, there is a red arrow pointing to the "Enviar formulario" button.

5. Resto de trámites con la Universidad de Zaragoza

La UPRL por su parte se encargará de informar a los servicios de personal de PTGAS o PDI de la nueva situación de la trabajadora. Solicitará a estos servicios la suspensión del contrato con la fecha acordada para la baja.

Solicitará al Servicio de Nóminas y Seguridad Social de la Universidad de Zaragoza que se elabore el “Certificado de bases de cotización” de la trabajadora para que lo envíen a MAZ directamente desde el servicio (no tiene que adjuntarlo la trabajadora).

Con toda la documentación recibida, la MAZ elaborará una resolución final en el que se indicará el comienzo de dicha situación de baja por riesgo laboral y le informará que si cambiasen las condiciones deberá informar a MAZ (Comunicación fin de riesgo embarazo).

Además, la UPRL informará al departamento, servicio o unidad de la que dependa la trabajadora de la concesión de la baja y la fecha prevista para su conocimiento por si tiene que planificar una sustitución.

6. Finalización de la situación protegida

Una vez que la trabajadora haya dado a luz, deberá comunicarlo a la MAZ volviendo entrar en la pantalla de trámites, riesgo durante el embarazo, “Comunicación fin de riesgo embarazo”. Pulsar “siguiente”.

Le saldrá otra pantalla donde le explica qué documentación tiene que presentar:

- Al término del embarazo presentar: baja maternal o alta hospitalaria o libro de familia.
- Ante la interrupción del embarazo, la extinción del contrato o reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible, adjuntar el documento que lo justifique.

Al pulsar de nuevo a la página siguiente, le volverá a salir la pantalla para identificarse y anexas la documentación que se le solicita, alta hospitalaria al dar a luz, etc.

No olvide dar a enviar formulario.

La UPRL informa

MAZ suma

900 121 300 24h. ¡Hola! Seleccionar idioma Acceso usuarios

Formularios y trámites Qué necesitas Nuestros centros Conoce MAZ Blog

Presente los formularios en 3 pasos: 1 Selección su prestación o trámite

PREGUNTAS FRECUENTES

Prestación / Trámite: Riesgo de embarazo

Tipo de contingencia: Contingencia Profesional

Tipo de trabajador: Trabajador por cuenta AJENA

Motivo: Selección el motivo

- Selección el motivo
- Primera fase: Certificación del Riesgo
- Segunda fase: Solicitud de prestación
- Comunicación fin riesgo embarazo**
- Solicitud o finalización aplicación tipo voluntario IRPF
- Modificación cuenta bancaria
- Documentación adicional a una solicitud ya enviada

Si necesita contactar, llame al teléfono 900 12 13 00. Servicio 24 horas. Si es persona o empresa, puede llamar directamente a su contacto de MAZ.

MAZ

MAZ suma

900 121 300 24h. ¡Hola! Seleccionar idioma Acceso usuarios

Formularios y trámites Qué necesitas Nuestros centros Conoce MAZ Blog

2 Documentación asociada a la prestación o trámite seleccionado

Riesgo de embarazo > Contingencia Profesional > Trabajador por cuenta AJENA > Comunicación fin riesgo embarazo

Prepáre la documentación necesaria para adjuntarla en la siguiente pantalla (formato: pdf, jpg, jpeg o png). Los documentos en naranja son para descargar y rellenar. En caso necesario, deberán ir firmados. [Más información sobre la prestación o trámite](#)

Documento	Requiere FIRMA
Al término del embarazo presentar: baja maternal o alta hospitalaria o libro de familia. Ante la interrupción del embarazo, la extinción del contrato o reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible, adjuntar el documento que lo justifique.	

[Véase tutorial de ayuda](#)

< Anterior Siguiente >

MAZ suma

900 121 300 24h. ¡Hola! Seleccionar idioma Acceso usuarios

Formularios y trámites Qué necesitas Nuestros centros Conoce MAZ Blog

3 Datos de la solicitud online

Riesgo de embarazo > Contingencia Profesional > Trabajador por cuenta AJENA > Comunicación fin riesgo embarazo > Datos del interesado

Cumplimente con los datos del interesado y adjunte los documentos indicados en el paso 2 que apliquen.

Tipo de documento: Selección el tipo de docum

Nº de documento: *

NAF: * Provi. / Numero / DC

CCC Empresa: * Provi. / Numero / DC

Nombre: *

Primer apellido: *

Segundo apellido: *

En calidad de: * Selección una opción

* Campos obligatorios

He leído y acepto la [política de privacidad](#)

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.E.S. Nº 11 con la finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recabaron de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimado para el tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, portabilidad, oposición, cancelación y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigirse o contactar con el MAZ a través de la [dirección](#) info@sumasocial.es

Para más o su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Registros/Registros-de-privacidad.aspx>

[Véase tutorial de ayuda](#)

[Adjuntar documento](#)

Arrastra y suelta uno o más documentos a esta zona.

o

Seleccionales aquí

(pdf, jpg, jpeg o png, máximo 5 MB por documento)

Ningún documento seleccionado

< Anterior

Enviar formulario

La UPRL informa

Además, deberá informar al servicio de Nóminas y Seguridad Social de la Universidad de Zaragoza para que sepa que va a pasar a situación de baja maternal o al fin del periodo de protección por riesgo durante la lactancia.



Unidad de
Prevención de
Riesgos Laborales

Universidad Zaragoza

Seguridad Laboral