Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS | SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL | INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

Prestación risco durante o embarazo ou a lactación natural

Pode realizar este trámite no Portal de Prestacións da Seguridade Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario cun exemplar asinado, ou en persoa nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social solicitando cita nos teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSOAIS

1.1 Solicitante

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome

Data de nacemento | DNI - NIE - Pasaporte | Nº da Seguridade Social | Nacionalidade

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil(1)

Código postal | Localidade | Provincia

Correo electrónico(1)

☐ Traballadora por conta propia ☐ Traballadora por conta allea

1.2 Do representante legal, que actúa como:

☐ Titular da patria potestade ☐ Titor ☐ Titor institucional
☐ Gardador de feito ☐ Curador ☐ Curador institucional
☐ Defensor xudicial

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte/CIF-NIF

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia

Correo electrónico

(1) É fundamental que o enderezo de correo electrónico e o número de teléfono móbil da solicitante sexan proporcionados correctamente. Estes datos son necesarios para enviar notificacións ou calquera información relevante relacionada co seu expediente. Asegúrese de que esta información estea completa e actualizada antes de enviar a súa solicitude.

20260722
8-007 gal V.10

1.3 Do representante voluntario

☐ Representante acreditado mediante modelo de representación ("familiar ou amigo" ou "profesional colexiado")

☐ Apoderado inscrito no Rexistro Electrónico de Apoderamentos

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome/Razón social	DNI-NIE-Pasaporte/CIF-NIF

Enderezo habitual: (rúa, praza ...)	Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta	Teléfono móbil

Código postal	Localidade	Provincia

Correo electrónico

2. MOTIVO DA SOLICITUDE

☐ Risco durante o embarazo

Data de suspensión do contrato(2)

Data de cesamento na actividade(3)

Data probable do parto

☐ Risco durante a lactación natural

Data de suspensión do contrato(2)

Data de cesamento na actividade(3)

Data de nacemento do fillo

3. OUTROS DATOS

3.1 Datos fiscais

Residencia fiscal: Provincia

Tipo voluntario de retención por IRPF(4) %

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desexa que se lle aplique:

☐ Táboa xeral Número de fillos ☐ Táboa de pensionistas

3.2 Lingua cooficial na que desexa recibir a súa comunicación/resolución

A elección de lingua cooficial só terá efectos nas comunidades autónomas que a teñan recoñecida.

4. ALEGACIÓNS

(2) A data de suspensión do contrato sempre será posterior á emisión da certificación médica de risco emitida polo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) de acordo co establecido no artigo 26 da Lei 31/95, de Prevención de riscos laborais, e o artigo 39 do RD 295/2009, polo que se regulan as prestacións de risco durante o embarazo/lactación natural.

(3) A data de cesamento da actividade, para as traballadores que sexan responsables da obriga de cotizar, será posterior á emisión da certificación médica de risco emitida polo INSS de acordo co establecido no artigo 47 do RD 295/2009, polo que se regulan as prestacións de risco durante o embarazo/lactación natural.

(4) Se o desexa, pode solicitar tipo de retención voluntaria por IRPF.

No caso de non optar por elixir un tipo de retención voluntario por IRPF, a correspondente retención sobre o subsidio practicarse a partir do momento en que se lle abone unha cantidade acumulada que exceda da contía mínima anual, exenta de retención, vixente con carácter xeral en cada exercicio, tendo en conta todo o percibido por esta prestación de risco, desde o seu comezo, e procedendo á regularización anual.

A declaración do resto de datos fiscais é voluntaria e con base á mesma se practicarán as retencións sobre rendementos do traballo. Para iso debe completar o modelo 145 da Axencia Tributaria: comunicación de datos ó pagador (que atopará en www.seg-social.es) e presentalo con esta solicitude.

20260722
8-007 gal V.10

5. DATOS BANCARIOS

O titular da conta debe ser o solicitante, a menos que presente unha orde xudicial que autorice expresamente ao cobro á persoa que presenta medidas de apoio. Calquera erro, a omisión deste dato ou o incumprimento deste apartado impedirá o pago da prestación.

- ☐ **SOLICITANTE**
- ☐ **TITULAR DA PATRIA POTESTADE OU TITOR**
- ☐ **REPRESENTANTE LEGAL ACREDITADO PARA O COBRAMENTO MEDIANTE RESOLUCIÓN XUDICIAL**

PAGAMENTO EN ESPAÑA

CÓDIGO IBAN

Código país	Entidade	Oficina / Sucursal	Díx. control	Número de conta

PAGAMENTO NO ESTRANXEIRO(5)

País | BIC/SWIFT(5) | CÓDIGO IBAN

Nome da entidad bancaria | Enderezo da sucursal

Información básica sobre protección de datos persoais

Responsable	Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).
Finalidade	Xestión das prestacións do Sistema da Seguridade Social competencia do INSS.
Lexitimación	Exercicio de poderes públicos.
Destinatarios	Só se efectuarán cesións e transferencias previstas legalmente ou autorizadas mediante o seu consentimiento.
Dereitos	Acceder, rectificar e suprimir os datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional.
Procedencia	Recollemos datos doutras administracións e entidades nos termos legalmente previstos.
Información adicional	Pode consultar información adicional e polo miúdo na folla informativa que se achega ao presente formulario no apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONAIS".

20260722

CONSENTIMENTOS

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para consultar e recoller electronicamente os datos ou documentos que se atopen en poder de calquera Administración, cuxo acceso non estea previamente amparado pola lei e que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación que puidese recoñecerse.

- ☐ SI dou o meu consentimento
- ☐ NON dou o meu consentimento

NOTA IMPORTANTE: En caso de non dar o seu consentimento deberá achegar, no prazo de 10 días hábiles, os documentos que se lle indiquen que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación que puidese recoñecerse.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para utilizar o teléfono móbil, o correo electrónico e os datos de contacto consignados nesta solicitude para enviarlle comunicacións en materia de Seguridade Social.

- ☐ SI dou o meu consentimento
- ☐ NON dou o meu consentimento

O prazo máximo para resolver e notificar o procedemento é de 30 días dende a data na que se rexistrou a súa solicitude ou dende a data na que presentou os documentos requiridos. Se este período transcorreu sen que recibise ningunha notificación, pode supoñer que a súa solicitude foi rexeitada por aplicación do silencio negativo.

DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude. Sinatura

a ____ de ____ do 20 ____

(5) Exclusivamente para residentes no estranxeiro.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL DE

8-007 gal V.10

Prestación risco durante o embarazo ou a lactación natural

Rexistro do INSS

Achega de documentos acreditativos da identidade do solicitante/representante

1. ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
   - ☐ Solicitante.
   - ☐ Representante legal.
   - ☐ Representante voluntario.

DILIXENCIA de verificación para facer constar os datos que figuran neste formulario coinciden con exactitude cos que aparecen nos documentos que acreditan a identidade do solicitante/representante.

Cargo e nome do funcionario

Data e lugar

As comunicacións e notificacións relativas a esta prestación efectuaranse por medios electrónicos na Sede Electrónica da Seguridade Social, na seguinte ligazón: *info.seg-social.es/notif* .

Documentos requeridos pola administración

1. ☐ En caso de representación:
   - ☐ Se é representante legal, resolución ou autorización xudicial que acredite a representación legal.
   - ☐ Se é representante voluntario, documento acreditativo da representación.
2. ☐ Se o representante legal é o titular da patria potestade da solicitante, libro de familia.
3. ☐ Certificado de empresa coas bases de cotización por continxencias profesionais do mes anterior á suspensión do contrato de traballo.
4. ☐ Certificación médica sobre a existencia de risco durante o embarazo ou a lactación, naqueles casos nos que non estea en poder da entidade xestora.
5. ☐ Declaración da empresa sobre a inexistencia doutro posto compatible co seu estado, notificando a suspensión do contrato e informe acreditativo.
6. ☐ Declaración de situación da actividade para as traballadoras do Réxime Especial de Autónomos (agás para as traballadoras do Sistema Especial de Traballadoras por Conta Propia Agrarios).
7. ☐ Certificado de inscrición de nacemento para o risco durante a lactación.
8. ☐ Outros documentos.

Se este formulario non vai acompañado dos documentos necesarios para a súa tramitación, deberá presentalos no prazo de 10 días, contados dende o día seguinte a aquel no que se lle notificase o correspondente requirimento. Pode realizar este trámite en *https://prestaciones.seg-social.es* no apartado «Consultar o estado dunha solicitude», por correo ordinario á Dirección Provincial máis próxima ao seu domicilio ou nun Centro de Atención e da Seguridade Social, con cita previa, que pode solicitar no teléfono 91 541 25 30 / 901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita*.

Se se producise a extinción da relación laboral ou o cesamento da actividade, deberá comunicalo a esta Entidade Xestora por calquera das vías indicadas anteriormente, por tratarse dunha das causas de extinción da prestación por risco durante o embarazo ou a lactación natural, para evitar cobros indebidos da mesma. Así mesmo, deberá comunicar calquera modificación dos datos desta solicitude mentres a prestación estea vixente.

RECIBÍN: Sinatura:

20260722
8-007 gal V.10

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE DO TRATAMENTO

Quen é o responsable do tratamento dos seus datos persoais?

Instituto Nacional da Seguridade Social
Rúa Padre Damián, 4
CP 28036 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Como pode contactar co Delegado de Protección de Datos?

Enderezo do Servizo Xurídico da Seguridade Social
Rúa Infanta Mercedes, 31 - 3ª Andar
CP 28020 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

FINALIDAD DO TRATAMENTO

Para que empregaremos os seus datos?

Os seus datos serán tratados coa finalidade principal de resolver esta solicitude e de xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.

O tratamento dos seus datos de contacto terá coma finalidade a realización de comunicacións e remisión de información en materia de Seguridade Social.

Os datos persoais proporcionados conservaranse mentres sexan necesarios para xestionar a súa prestación ou as dos seus posibles beneficiarios, así como para outros fins de arquivo e estatística pública.

LEXITIMACIÓN DO TRATAMENTO

Cal é a lexitimación para o tratamento dos seus datos?

O tratamento dos datos realizarase sobre a base do exercicio de poderes públicos autorizado por unha norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 e concordantes do Real Decreto Lexislativo 8/2015, de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en adiante TRLXSS).

Verbo das comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa a outorgalo suporá que non poderá recibir este tipo de envíos, se ben non impedirá que lle podamos informar polos ditos canais do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a proporcionar o seu enderezo de correo electrónico e número de teléfono móbil e que, en caso de non facilitalos, non impedirá o trámite da súa solicitude.

DESTINATARIOS DE CESIÓNS OU TRANSFERENCIAS

A quen comunicaremos os seus datos?

Os datos persoais obtidos polo Instituto Nacional da Seguridade Social no exercicio das súas funcións teñen carácter reservado e só se empregarán para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, agás que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS, así como os supostos indicados en calquera outra norma de rango legal.

Se se trata dunha solicitude baseada en normativa internacional, os seus datos poderán ser cedidos aos organismos estranxeiros competentes para o trámite da súa solicitude.

DEREITOS DAS PERSOAS INTERESADAS

Cales son os seus dereitos cando nos proporciona os seus datos persoais?

Verbo dos datos persoais proporcionados, pode exercitar en calquera momento e nos termos establecidos pola normativa de protección de datos os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e oposición, ou ben retirar o consentimento prestado ao seu tratamento nos casos que fose requirido, todo iso mediante escrito presentado nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social (CAISS) ou, por correo postal ou a través da sede electrónica da Seguridade Social, ante o Delegado de Protección de Datos cuxos datos se atopan no segundo apartado desta táboa.

Informámoslle de que en caso de considerar que o seu requirimento non foi atendido oportunamente, ten a posibilidade de presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos.

PROCEDENCIA

Como obtemos os seus datos persoais?

Amais dos datos proporcionados por vostede na súa solicitude, recollemos outros datos persoais doutras administracións e entidades en cumprimento da normativa e co fin de axilizar e facilitar a actuación administrativa. Estes accesos a datos están amparados en normas con rango de lei.

20260722
8-007 gal V.10