

Subsidio por riesgo en el embarazo y CUME

Procedimiento en el trámite del subsidio  
por riesgo en el **embarazo y lactancia / CUME**

## Introducción



- ❑ El embarazo no es una enfermedad. Mujer embarazada **≠ mujer enferma**
- ❑ Si la trabajadora ya tiene patología que se desencadena o agrava con el embarazo = Incapacidad laboral (IT)
- ❑ Si la trabajadora no presenta patología pero algún proceso de su tarea laboral influye negativamente en su salud o la del feto = SRE
- ❑ **Se excluyen** como riesgo las siguientes situaciones: Desplazamiento In itinere, el riesgo de accidentabilidad y los riesgos genéricos.



## ÁMBITO DE APLICACIÓN

- Trabajadoras por cuenta ajena y por cuenta propia.

## REQUISITOS

- Trabajadoras en situación de alta laboral.
- Trabajadoras que no estén en situación de ITCC
- Trabajadoras autónomas al corriente de pago en cotizaciones

○

## CUANTÍA

- 100% de la BR de contingencias profesionales.

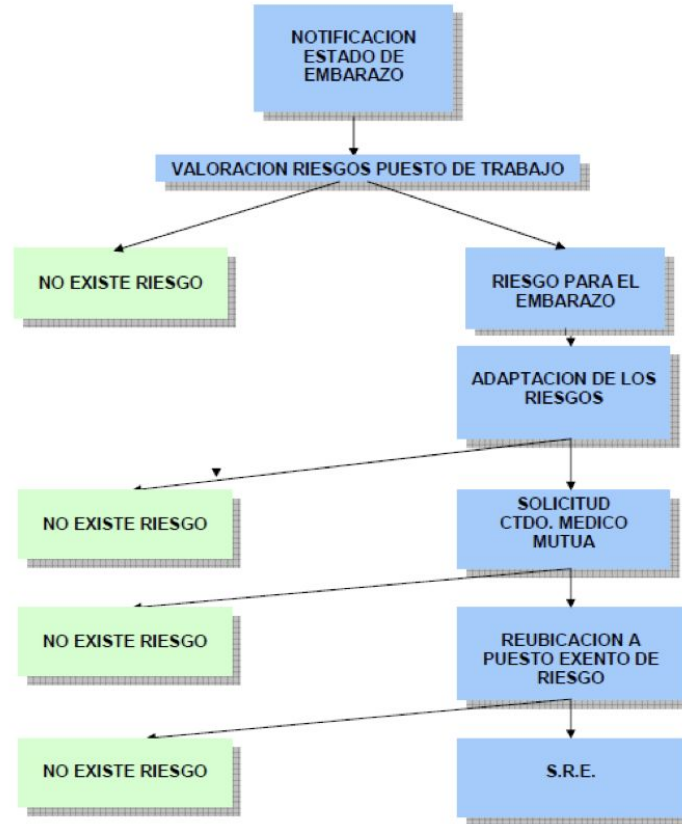


### **CAUSAS DE EXTINCIÓN**

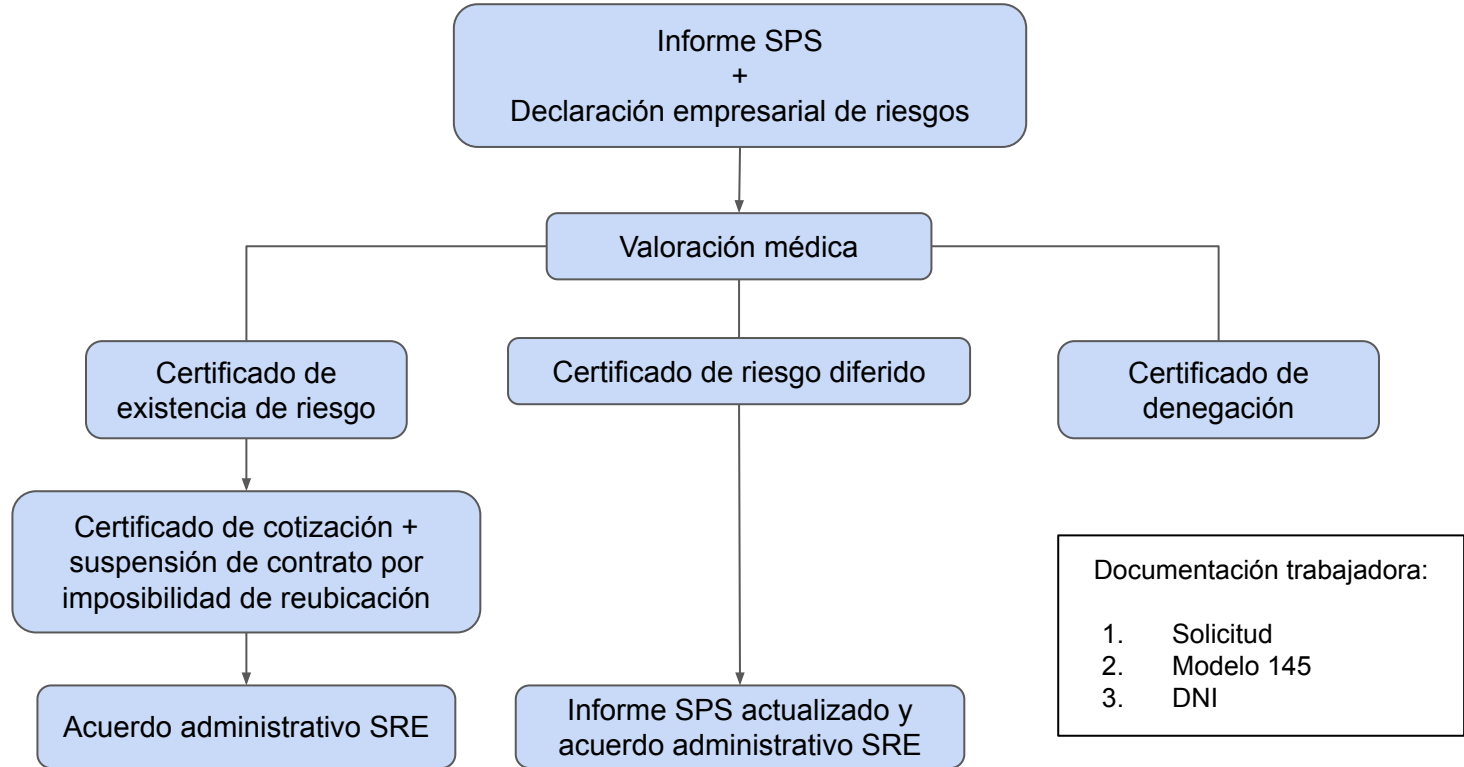
- Inicio del descanso por maternidad
- Reincorporación al puesto de trabajo
- Extinción del contrato de trabajo
- Fallecimiento de la trabajadora o feto

### **CAUSAS DE SUSPENSIÓN, ANULACIÓN Y DENEGACIÓN**

- Artículo 165 LGSS
- Fraude detectado: alta injustificada o incremento injustificado de la base de cotización



## Procedimiento



## Tramitación



Para solicitar a la Mutua la certificación médica de existencia de riesgo, se deberá presentar la siguiente documentación:



*Informe del Servicio Público de Salud (SPS).*



*Declaración empresarial sobre la actividad que desarrolla la trabajadora y las condiciones del puesto de trabajo, debidamente descritos, valorados y acreditados , y deberá comprende la naturaleza, el grado y la duración de la exposición. (art. 26 LPRL).*

A cumplimentar por el médico de atención primaria o ginecólogo del Servicio Público de Salud

Sr/Se(a)  médico del Servicio Público de Salud  
 de , colegiado núm.  especialista en   
 que asiste habitualmente a Sra.  con nú-  
 mero de DNI  que se encuentra en situación de:  
 Embarazo  Lactancia natural

**Certifica**
**1. En caso de embarazo (marque lo que proceda)**

A)  Si presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo, del siguiente listado:

(a modo de ejemplo, se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar)

- Hiperémesis en fase aguda
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Amenaza de aborto
- Preeclampsia: edema gestacional severo
- Agravación severa de enfermedades previas al embarazo
- Hemorroides en fase aguda
- Embarazo múltiple con riesgo
- Otros
- Mareos matutinos en fase aguda
- Crecimiento intrauterino retardado severo
- Amenaza de parto prematuro
- Preeclampsia: HTA severa
- Varices en fase aguda
- Lumbalgia en fase aguda
- Antecedentes reproductivos

B)  No presenta la gestante ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo

La edad gestacional es de  semanas y  días  Embarazo múltiple

La fecha prevista de parto es  -  -

**2. En caso de lactancia natural**

- Que el hijo está recibiendo lactancia natural en el momento actual
- Que el hijo no recibe lactancia natural desde la fecha  -  -

Y para que conste, firmo en , a  de  de

Firma del médico





**Declaración empresarial de riesgos**

Sr/Sra.

con DNI-NIE-TIE  en calidad de

del organismo o empresa  con núm. de código de cuenta  
de cotización  y domicilio

núm.  Localidad

CP  Provincia

**DECLARA que:**

 socia trabajadora  trabajadora

 de esta empresa, con núm. de la Seguridad Social  y DNI-NIE-TIE 

1. Lleva a término las actividades siguientes y que las condiciones del puesto de trabajo son:

 2. Su categoría profesional es la de 

3. Su horario de trabajo es:

 4. Que el riesgo específico durante el  embarazo  lactancia natural es de<sup>1</sup>


5. Las acciones destinadas a adaptar los riesgos laborales detectados han sido:

 6. Que el puesto de trabajo que ocupa es de los que  ?figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha elaborado la empresa, previa consulta de los representantes de los trabajadores.

Asespeyo, en colaboración con la Seguridad Social nº 131



## Riesgos específicos

Ergonómicos: Los más habituales



**Manejo manual de cargas**

MANEJO MANUAL DE CARGAS	FRECUENCIA	SEMANA DE INICIO DEL RIESGO EMBARAZO ÚNICO			SEMANA DE INICIO DEL RIESGO EMBARAZO MÚLTIPLE		
		Tiempo de exposición al riesgo			Tiempo de exposición al riesgo		
		>5 h/día	3-5 h/día	2-3 h/día	>5 h/día	3-5 h/día	2-3 h/día
> 10 kg	≥ 4 veces/hora	20	22	24	18	20	22
	< 4 veces/hora	24	26	28	22	24	26
≥4-10 kg	≥ 4 veces/hora	24	28	30	22	26	28
	< 4 veces/hora	28	34	36	26	32	34
<4 kg		Riesgo tolerable	Riesgo tolerable	Riesgo tolerable	Riesgo tolerable	Riesgo tolerable	Riesgo tolerable



## Bipedestación

<b>BIPEDESTACIÓN DINÁMICA</b>	<b>SEMANA DE INICIO DEL RIESGO EMBARAZO ÚNICO</b>			<b>SEMANA DE INICIO DEL RIESGO EMBARAZO MÚLTIPLE</b>		
	Tiempo de exposición al riesgo			Tiempo de exposición al riesgo		
	>5 h/día	3-5 h/día	2-3 h/día	>5 h/día	3-5 h/día	2-3 h/día
	30	34	Riesgo tolerable	28	32	Riesgo tolerable

<b>BIPEDESTACIÓN ININTERRUMPIDA ESTÁTICA</b>	<b>SEMANA DE INICIO DEL RIESGO EMBARAZO ÚNICO</b>			<b>SEMANA DE INICIO DEL RIESGO EMBARAZO MÚLTIPLE</b>		
	Tiempo de exposición al riesgo			Tiempo de exposición al riesgo		
	>5 h/día	3-5 h/día	2-3 h/día	>5 h/día	3-5 h/día	2-3 h/día
	22	26	30	20	24	26

## Otros riesgos



- Biológico
- Químico
- Radiaciones
- Vibraciones
- Ruido
- Agresiones

Será necesario aportar información complementaria como mediciones, fichas de seguridad, registros, serología, etc...

# AOV (Asepeyo Oficina Virtual)

ASEPEYO

- Inicio
- Alertas
- Trámites pendientes
- Solicitar prestaciones económicas**
- Carificarse de relaciones laborales
- Trámites sin subsidio RSE
- Estado de casos pendientes de alta
- Partes de accionistas
- Informes
- Consultar solicitudes de pago
- Mi certosa
- Variaciones
- Requisición-Registros
- Voluntad de accionista
- Historias
- Cambios Prestaciones

Asepeyo asesorías

Dashboard: Descarga los certificados de RSE de tus clientes.

1 Casos pendientes de alta Contingencias profesionales	6 Casos pendientes de alta Contingencias profesionales	1 Casos sin bajo Contingencias profesionales
---	---	---

MI cartera empresas: 67	MI cartera autónomos: 94	Diferencias de cotización: 0	Trámites pendientes: 48
-------------------------	--------------------------	------------------------------	-------------------------

1 Altas / 0 Bajas (Empresas) | 3 Altas / 3 Bajas (Autónomos)

ASEPEYO

- Solicitar prestaciones económicas
- Solicitud riesgo de embarazo y lactancia**
- Pago estanca por contingencias profesionales

Chat

Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

Datos del trabajador

Nombre: VILLANUEVA

Apellido: GARCIA

DNI/NIE: 03972363

Trabajadores

Trabajador seleccionado: [Nombre]

Trabajador seleccionado: [Nombre]

Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

Se aconseja descargar la documentación antes de cumplir con el formulario de solicitud.

Datos personales

Nombre: GARCIA VILLANUEVA MARIA DEL CARME

DNI: 03972363

Fecha de nacimiento: 02/05/1979

Localidad: SAN FERNANDO DE HENARES

Datos de contacto de la trabajadora

Correo electrónico: [Correo]

Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

Motivo de solicitud

Riesgo durante el embarazo

Riesgo durante el embarazo múltiple

Riesgo durante la lactancia natural

Otros datos

Datos fiscales

Tipo voluntario de retención de IRPF: %

Tipo voluntario de retención de IRPF: %

Tarifa general / Tarifa de pensionadas / Tipo voluntario %

# AOV (Asepeyo Oficina Virtual)

### Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

**Observaciones**

**Datos económicos**

IBAN\* Entidad\* Oficina\* Dígito contra\* Cuenta corriente\*

**Declaración responsable**

Declaro, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, los cuales suscribo para que me sea reconocida la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, y manifiesto que estoy informada de la obligación de comunicar a esa Mutua cualquier variación que se pueda producir mientras esté percibiendo la prestación.

Manifiesto, mi consentimiento para la portación, consulta y obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Mutua, como también para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con las garantías de confidencialidad en el caso de acceso informatizado.

**SIGUIENTE**

### Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

**Observaciones**

**Datos económicos**

IBAN\* Entidad\* Oficina\* Dígito contra\* Cuenta corriente\*

**Declaración responsable**

Declaro, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, los cuales suscribo para que me sea reconocida la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, y manifiesto que estoy informada de la obligación de comunicar a esa Mutua cualquier variación que se pueda producir mientras esté percibiendo la prestación.

Manifiesto, mi consentimiento para la portación, consulta y obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Mutua, como también para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con las garantías de confidencialidad en el caso de acceso informatizado.

**SIGUIENTE**

### Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

**Para cambiar la solicitud oseaas anexas la siguiente documentación. Te aconsejamos la tengas preparada antes de cumplimentar el formulario de solicitud. Descarga el pack completo de documentación**

**Documentación necesaria a anexar en la solicitud**

**Documentación exigible para todos los regímenes:**

1. Formulario de solicitud firmado (descargar en el pack completo)
2. Documento de identidad DNI/NIE/TFE o Pasaporte
3. Copia del DNI o documento de identidad o pasaporte
4. Hoja de vida de declaración de datos y pagador (excepto DNI Vasco y Comunidad Foral de Navarra. Puede obtener el modelo VE para su cumplimentación aquí)
5. Informe del Servicio Público de Salud (según sea necesario) de tu área de la Mutua correspondiente.

**Documentación obligatoria para Autónomos:**

1. Declaración empadronado de riesgo (padrón o empadron)
2. Declaración de actividad de actividad
3. Recibo autónomo empadronado de la fecha de inscripción
4. Otro (según sea necesario)

**Elige el tipo de envío de documentos que deseas realizar:**

**Enviar toda la documentación en un único envío**

1. Formulario de solicitud firmado  
Ningún archivo seleccionado

2. Anexar un único documento con todos los documentos restantes  
Ningún archivo seleccionado

**Declaración responsable**

Declaro, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, los cuales suscribo para que me sea reconocida la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, y manifiesto que estoy informada de la obligación de comunicar a esa Mutua cualquier variación que se pueda producir mientras esté percibiendo la prestación.

Manifiesto, mi consentimiento para la portación, consulta y obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Mutua, como también para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con las garantías de confidencialidad en el caso de acceso informatizado.

**ANTERIOR ENVIAR**

### Solicitud subsidio riesgo de embarazo y lactancia

**Elige el tipo de envío de documentos que deseas realizar:**

**Enviar documentos por separado**

1. Formulario de solicitud firmado  
Ningún archivo seleccionado

2. Documento de identidad  
Ningún archivo seleccionado

3. Segundo cara del documento de identidad  
Ningún archivo seleccionado

4. Hoja de vida  
Ningún archivo seleccionado

5. Informe del Servicio Público de Salud  
Ningún archivo seleccionado

6. Declaración empadronado de riesgo  
Ningún archivo seleccionado

7. Declaración de actividad de actividad  
Ningún archivo seleccionado

8. Recibo autónomo  
Ningún archivo seleccionado

**Declaración responsable**

Declaro, bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos, los cuales suscribo para que me sea reconocida la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, y manifiesto que estoy informada de la obligación de comunicar a esa Mutua cualquier variación que se pueda producir mientras esté percibiendo la prestación.

Manifiesto, mi consentimiento para la portación, consulta y obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por la Mutua, como también para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con las garantías de confidencialidad en el caso de acceso informatizado.

**ANTERIOR ENVIAR**

## CUME (Reducción de jornada por cuidado de menor con enfermedad grave)

- ❖ **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia.
- ❖ **REQUISITOS:**
  - Ambos progenitores tienen que estar de alta laboral. Y en el caso del RETA, al corriente en el pago de las cotizaciones.
  - Para casos en que la enfermedad del menor está recogida en el listado del anexo del Real Decreto 1148/2011 y precisan de un ingreso hospitalario y/o la continuación del tratamiento médico en el domicilio, así como del cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor.
  - Reducción mínima de un 50% y máxima del 99,99 %
- ❖ **CUANTÍA:** Se abona el 100 % de la BR de contingencias profesionales.
- ❖ **CAUSAS DE SUSPENSIÓN:**
  - IT
  - Maternidad y Paternidad
  - SREL
  - Cualquier causa de suspensión de la relación laboral
  - Falta de ingreso de las cuotas en el RETA

❖ **CAUSAS DE EXTINCIÓN:**

- Reincorporación al trabajo o actividad.
- Fin de la necesidad de cuidado directo, conyuntivo y permanente.
- Cumplir el menor 23 años.
- Fallecimiento del causante o beneficiario.
- Jubilación de uno de los progenitores.
- Causar baja en TGSS.

❖ **TRAMITACIÓN:**

- Se deberá presentar la documentación correspondiente:  
Solicitud/ Declaración Trabajador/ DNI de los progenitores/ Libro de familia/ Informe SPS/ Certificado de empresa y Declaración de empresa (RG) y Declaración Situación actividad y recibo de pago autónomos (RETA).
- Una vez emitido acuerdo favorable, el beneficiario tendrá que presentar en un mes un nuevo informe del SPS y posteriormente, será cada dos meses.



