

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR (Sistema Inactividad)

D/D^a _____

con DNI / NIE _____

o en su nombre D/D^a _____

con DNI / NIE _____

DECLARA

A efectos de que se le autorice el expediente de pago directo de la incapacidad temporal de fecha _____:

- Que (*marcar un campo*)

no se encuentra incluido en el Sistema de inactividad (Reg 0161)

¹encontrándose incluido en el Sistema de inactividad (Reg 0161), se **encuentra al corriente de los pagos** de Seguridad Social, a los que obliga dicha inclusión.

¹ En este caso, adjuntar los justificantes de pago de los dos meses anteriores a la baja médica

- Que son ciertos los datos que consigna a continuación, y queda enterado/a de la obligación de comunicar a **umivale** cualquier variación que pudiera producirse en la información facilitada. Asimismo, se compromete a devolver las cantidades percibidas indebidamente, que pudieran generarse de una información errónea facilitada en dicha declaración.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma:

Información sobre protección de datos personales:

- **Responsable:** **umivale** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es.
- **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale** en su condición de Mutua Colaboradora con la SS.
- **Destinatarios:** Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Seguridad Social y Organismos dependientes. Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales.
- **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros, remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivale.es.
- **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>