

## A EMPLENAR EN CAS D'UN SUPÒSIT DE PAGAMENT DIRECTE PER INCOMPLIMENT D'OBLIGACIÓ EMPRESARIAL (IMPAGAMENT DE LA IT)

### DADES DEL SOL·LICITANT:

COGNOMS I NOM	NÚM. DNI	DATA DE NAIXEMENT	
LOCALITAT DE NAIXEMENT	PROVÍNCIA	NÚM. AFILIACIÓ A LA SS	
DOMICILI (CARRER o PLAÇA i NÚMERO)	C. POSTAL	LOCALITAT	TELÈFON

### DADES DE L'EMPRESA:

DENOMINACIÓ DE L'EMPRESA	NÚM. INSCRIPCIÓ A LA SS	
DOMICILI (CARRER o PLAÇA i NÚMERO)	C. POSTAL	LOCALITAT I PROVÍNCIA

### DADES REFERENTS A LA PRESTACIÓ SOL·LICITADA:

Es troba en incapacitat temporal (IT) derivada de<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 des del<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ fins al<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
 Situació actual a l'empresa<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
 Està pendent d'actes de conciliació o judici amb l'empresa?<sup>5</sup> \_\_\_\_\_  
 Data des que l'empresa no li ha abonat la IT.<sup>6</sup> \_\_\_\_\_  
 Base de cotització del mes anterior a la baixa mèdica<sup>7</sup> \_\_\_\_\_

El Sr./La Sra. \_\_\_\_\_  
 DECLARA que les dades que consigna a continuació són certes i que queda assabentat/ada de l'obligació de comunicar a **umivale** qualsevol variació que es pogués produir d'ara endavant.

Signatura del sol·licitant

<sup>1</sup> Malaltia comuna, accident no laboral, accident de treball o malaltia professional.  
<sup>2</sup> Data de baixa segons informe de baixa (mod. P-9).  
<sup>3</sup> Data d'alta segons informe d'alta (mod. P-9).  
<sup>4</sup> En actiu; acomiadament; rescissió contractual a petició del treballador per impagament de salaris.  
<sup>5</sup> Contestar sí o no. En cas afirmatiu, aportar l'acta de conciliació amb o sense avinença. En aquest últim cas, aportar còpia de la demanda judicial i la sentència judicial corresponent.  
<sup>6</sup> En aquests supòsits: aportar còpia de la denúncia davant la Inspecció Provincial de Treball de l'impagament empresarial.  
<sup>7</sup> Aportar còpia de la nòmina del mes anterior a la baixa mèdica o dels tres mesos anteriors si es tracta d'un contracte a temps parcial o fix discontinu.

#### Informació sobre protecció de dades personals

- **Responsable:** **umivale**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 15, Av. Reial Monestir de Poblet, 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Contacte Delegat de Protecció de Dades: [dgd@umivale.es](mailto:dgd@umivale.es)
- **Finalitat i legitimació:** Facilitar-ne la gestió administrativa, assistencial i econòmica de les prestacions que li són pròpies en l'àmbit de la Seguretat Social. Aquest tractament es realitza per tal de complir amb les obligacions legals aplicables a **umivale** en la seva condició de Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social.
- **Destinatari:** Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals. Seguretat Social i organismes dependents. Jutjats i tribunals. Entitats bancàries, caixes d'estalvis i caixes rurals.
- **Drets:** Podrà accedir, rectificar i suprimir les seves dades, oposar-se a determinats tractaments i exercir el seu dret a limitar el tractament o la portabilitat de les seves dades i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en un tractament automatitzat de les seves dades. Per escrit, mitjançant una sol·licitud adreçada a **umivale**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 15, Av. Reial Monestir de Poblet, 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Presencialment, a qualsevol dels nostres centres, enviant un missatge de correu electrònic a l'adreça [dgd@umivale.es](mailto:dgd@umivale.es)
- **Informació addicional:** Pot consultar la informació addicional i detallada en matèria de protecció de dades a l'enllaç següent: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>