

A rellenar en caso de un supuesto de pago directo por incumplimiento de obligación empresarial (impago de la I.T.)

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		NIF /	Fecha de nacimiento
Localidad de nacimiento		Provincia	Núm. Afiliación a la Seguridad Social
Domicilio (calle o plaza y número)	Código Postal	Localidad	Teléfono

2. DATOS DE LA EMPRESA

Denominación de la empresa	Número de inscripción en la Seguridad Social	
Domicilio (calle o plaza y número)	Código Postal	Localidad y Provincia

3. DATOS REFERENTES A LA PRESTACIÓN SOLICITADA

Se encuentra en Incapacidad Temporal (I.T.) derivada de:			
<input type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
Fecha de baja según parte de baja (mod. P-9)		Fecha de alta según parte de alta (mod. P-9)	
Desde el _____		Hasta el _____	
Situación actual de la empresa			
<input type="checkbox"/> En activo	<input type="checkbox"/> Despedido	<input type="checkbox"/> Rescisión contractual a petición del trabajador por impago de salarios.	
¿Está pendiente de acto de conciliación o juicio con la empresa?			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	En este caso, aportar el Acta de Conciliación con o sin avenencia. Si no hay avenencia, aportar copia de la demanda judicial y la sentencia judicial correspondiente.	
Fecha desde la que la empresa no le ha abonado la I.T.			
Desde el _____		En esos supuestos: aportar copia de la denuncia ante la Inspección Provincial de Trabajo del impago empresarial.	
Base de cotización del mes anterior a la baja médica			
		Aportar la copia de la nómina del mes anterior a la baja médica o de los tres meses anteriores si se trata de un contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo.	

D/Dª _____

DECLARA, que son ciertos los datos que consigna a continuación y que queda enterado/a de la obligación de comunicar a **umivale** cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma del solicitante

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>