

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DURANTE EL EMBARAZO /LACTANCIA NATURAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados.

Muy importante: La prestación económica que solicita no podrá reconocerse si previamente no le ha sido extendido por **umivale** el certificado médico en el que se establezca la existencia del riesgo para el embarazo o la lactancia natural.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI/NIE/Pasaporte	E-mail
Domicilio		Población	Código Postal	Teléfono

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo Fecha de suspensión del contrato ____/____/____ Fecha cese de actividad ____/____/____ (en caso de cuenta propia) Fecha probable de parto ____/____/____	<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural Fecha de suspensión del contrato ____/____/____ Fecha cese de actividad ____/____/____ (en caso de cuenta propia) Fecha probable de parto ____/____/____
En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible:	
¿Se ha intentado adaptar las condiciones de su puesto de trabajo? ¿Se ha intentado reubicarla en otro puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ALEGACIONES:	

3. DATOS BANCARIOS (la solicitante declara ser titular de la cuenta)

Código IBAN (pagos en territorio nacional)													
CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.	Nº CUENTA					

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que suscribo que se me reconozca la prestación riesgo durante el embarazo o lactancia natural, manifestando quedo enterado de la obligación de comunicar a **umivale** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma de la interesada (**adjuntar fotocopia del DNI**)

Nota: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por umivale, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de las misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su confidencialidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma.

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: dgd@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 de la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **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: dgd@umivale.es. **Información adicional:** Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.

CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL. SISTEMA ESPECIAL DE EMPLEADAS DE HOGAR DEL RÉGIMEN GENERAL

D/Dª _____ con DNI-NIE-TIE _____

en calidad de empleador **CERTIFICA**, que son ciertos los datos relativos a las circunstancias personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de:

Riesgo durante el embarazo Riesgo durante la lactancia natural *(márquese lo que proceda)*

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Apellidos		Nombre		Código de Cuenta de Cotización				
Domicilio habitual			Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad	Provincia	E-mail				Teléfono		

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos		Nombre		Número de la Seguridad Social	
DNI - NIE		Teléfono		Tipo de contrato	
				<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial	
Tramo de cotización			Fecha de inicio de la actividad laboral con el empleador		
Fecha de la interrupción de la actividad laboral ⁽¹⁾			Fecha prevista para la finalización del contrato de trabajo (en su caso)		

(1) Será la fecha en la que se suspenda la actividad laboral

Bases de cotización de los tres meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación o, en su defecto, del mismo mes

Año	Mes	Núm. Días cotizados	Base AT / EP

Observaciones

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del empleador

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: dgd@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 de la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **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: dgd@umivale.es. **Información adicional:** Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.