

## 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"/> <b>Riesgo durante el embarazo</b>  Fecha de suspensión del contrato ____/____/____ Fecha cese de actividad ____/____/____ (en caso de cuenta propia) Fecha probable de parto ____/____/____	<input type="checkbox"/> <b>Riesgo durante la lactancia natural</b>  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
<b>ALEGACIONES:</b>	

### 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](mailto: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](mailto: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 DE COTIZACIONES DE TRABAJADORA AUTÓNOMA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI-NIE-TIE \_\_\_\_\_  
que desempeña en la empresa el cargo de \_\_\_\_\_ 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 DE LA TRABAJADORA AUTÓNOMA

<b>Apellidos</b>		<b>Nombre</b>	<b>Número de la Seguridad Social</b>
<b>DNI - NIE</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Cotización mensual</b>
<b>¿Es TRADE?</b>			
<input type="checkbox"/> No	Fecha de alta de autónomo: ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Sí	Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial Fecha de inicio de la actividad laboral con el empleador: ____/____/____ Fecha prevista para la finalización del contrato de trabajo (en su caso): ____/____/____		
Fecha de interrupción de 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

Nota: Deberá presentar fotocopia de los tres últimos recibos abonados

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma de 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](mailto: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, DGSS). 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](mailto: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>.

## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Cumplimentar para todas las trabajadoras Autónomas, salvo TRADE y las incluidas en SETA)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
con número de código de cuenta de cotización \_\_\_\_\_ y con domicilio  
\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_,  
Código Postal \_\_\_\_\_ y Provincia \_\_\_\_\_ **DECLARA** bajo su responsabilidad que:

- Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:  Sí  No <sup>(1)</sup>
- Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en \_\_\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_, que la actividad económica, oficio o profesión es la de  
\_\_\_\_\_ y que, durante la situación de suspensión de la actividad por  
 Riesgo durante el embarazo  Riesgo durante la lactancia natural, queda en la siguiente situación: (marque con una "x" lo que proceda)

1.  Gestionado por:

Familiar

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Núm. De Afiliación de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Núm. Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_

Código de cuenta de cotización de la empresa : \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Empleado del establecimiento

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Núm. De Afiliación de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Núm. Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_

Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

Gestionado por otra persona

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Núm. De Afiliación de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Núm. Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_

Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

- 2.  Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de suspensión de la actividad del titular del establecimiento.
- 3.  O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón económica de \_\_\_\_\_ que tiene su domicilio en \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Firma**

(1) Si se marca la casilla NO deberá cumplimentarse el punto 3.

**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](mailto: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](mailto: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>.