

(A rellenar por **umivale Activa**)
Fecha de entrada:

Nº Expediente:

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 Activa** 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		Teléfono	
				Código Postal	
Domicilio				Población	

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 Activa** 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

Nota: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por umivale activa, 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 Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. 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 Activa** 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 Activa**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3, 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 toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

**Sólo cumplimentar en el caso de trabajadores por cuenta ajena.*

D/Dª _____ con DNI-NIE-TIE _____

que desempeña en la empresa el cargo de _____ CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización que a continuación de consignan.

1. DATOS DE LA EMPRESA

Razón social		Código de Cuenta de Cotización					
Domicilio		Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Teléfono			

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos		Nombre		Teléfono		DNI - NIE - TIE	
Domicilio		Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Nº Afiliación Seguridad Social			
Profesión	Grupo de cotización	Tipo de contrato		Régimen		Fecha de suspensión contrato	

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO ⁽²⁾

A. Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado B.																										
Base de Contingencias Profesionales	Número de días	Jornadas (Régimen 132) ⁽¹⁾																								
B. Bases de cotización por horas extraordinarias y otros, en los doce meses anteriores a la suspensión. ⁽²⁾																										
Base de Contingencias Profesionales	Número de días																									
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de suspensión del contrato de trabajo.		RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA Trabajadora: <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Eventual Núm. Jornadas reales mes anteriores a la baja: _____ Salario real de la trabajadora: _____ €/día																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Núm. Días cotizados</th> <th>Base AT / EP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Totales</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Año	Mes	Núm. Días cotizados	Base AT / EP																	Totales					
Año	Mes	Núm. Días cotizados	Base AT / EP																							
Totales																										

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del responsable y sello

(1) Debe indicarse si la jornada laboral es de lunes a viernes o de lunes a sábado.

(2) Deberán certificarse las bases de cotización de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato, incluyendo las horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización.

Información sobre protección de datos personales:

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. 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 Activa** 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 Activa**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3, 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://umivale.es/protecciondedatos>.