

**CUBRIR NO CASO DUN SUPOSTO DE PAGAMENTO DIRECTO POR INCUMPRIMENTO DE OBRIGA EMPRESARIAL (FALTA DE PAGAMENTO DA I.T.)**

**DATOS DO SOLICITANTE:**

APELIDOS E NOME	NÚM. DNI	DATA DE NACEMENTO		
LOCALIDADE DE NACEMENTO	PROVINCIA	NÚM. AFILIACIÓN Á S. S.		
DOMICILIO (RÚA ou PRAZA e NÚMERO)	C. POSTAL	LOCALIDADE	TELÉFONO	

**DATOS DA EMPRESA:**

DENOMINACIÓN DA EMPRESA	NÚM. INSCRICIÓN NA S. S.		
DOMICILIO (RÚA ou PRAZA e NÚMERO)	C. POSTAL	LOCALIDADE E PROVINCIA	

**DATOS REFERENTES Á PRESTACIÓN SOLICITADA:**

Atópase en Incapacidade Temporal (I.T.) derivada de<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 desde o<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ ata o<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
 Situación actual na empresa<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
 Está pendente dun acto de conciliación ou xuízo coa empresa?<sup>5</sup> \_\_\_\_\_  
 Data desde a que a empresa non lle aboou a I.T.<sup>6</sup> \_\_\_\_\_  
 Base de cotización do mes anterior á baixa médica<sup>7</sup> \_\_\_\_\_

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

DECLARA, que son certos os datos que consigna a continuación e queda notificado/a da obriga de comunicar a UMIVALE calquera variación que puidese producirse en diante.

Sinatura do solicitante

<sup>1</sup> Enfermidade común, accidente non laboral, accidente de traballo ou enfermidade profesional.

<sup>2</sup> Data de baixa segundo o parte de baixa (mod. P-9).

<sup>3</sup> Data de alta segundo o parte de alta (mod. P-9).

<sup>4</sup> En activo, despedido, rescisión contractual a petición do traballador por falta de pagamento de salarios.

<sup>5</sup> Contestar si ou non. En caso afirmativo, achegar a Acta de Conciliación con ou sen avinza. Neste último caso, achegar a copia da demanda xudicial e a sentenza xudicial correspondente.

<sup>6</sup> Nestes supostos, achegar unha copia da denuncia ante a Inspección Provincial de Traballo da falta de pagamento empresarial.

<sup>7</sup> Achegar copia da nómina do mes anterior á baixa médica ou dos tres meses anteriores se se trata dun contrato a tempo parcial ou fixo discontinuo.

**Información sobre protección de datos persoais**

- **Responsable:** **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es)
- **Finalidade e lexitimación:** Facilitar a xestión administrativa, asistencial e económica das prestacións que lle son propias no ámbito da Seguridade Social. Este tratamento realízase no marco do cumprimento das obrigas legais aplicables a umivale en calidade de Mutua Colaboradora coa Seguridade Social.
- **Destinatarios:** Terceiros provedores de servizos que teñen acceso aos datos persoais. Seguridade Social e organismos dependentes. Xulgados e tribunais. Entidades bancarias, caixas de aforros e caixas rurais.
- **Dereitos:** Poderá acceder, rectificar, suprimir, opoñerse a determinados tratamentos, así como exercer o seu dereito á limitación do tratamento, á portabilidade e a non ser obxecto dunha decisión baseada unicamente no tratamento automatizado dos seus datos. Por escrito, mediante unha solicitude dirixida a **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en calquera dos nosos centros, enviando un correo electrónico ao seguinte enderezo: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es)
- **Información adicional:** Pode consultar a información adicional e detallada sobre a Protección de Datos na seguinte ligazón: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>