

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Rellene este impreso de la forma exacta y correcta porque así facilitará el trámite de su prestación. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación. Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación. 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.

### 1. DATOS PERSONALES DE LA SOLICITANTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
DNI/NIF/NIE		Fecha nacimiento		Número de afiliación de la Seguridad Social	
Teléfono		Móvil		Correo electrónico	
Régimen de la Seguridad Social		% IRPF Voluntario	Tipo de contrato		Lengua oficial de comunicación
Domicilio a efectos fiscales					
Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	C.P.
Población			Provincia		

### 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)	<input type="checkbox"/> <b>Riesgo durante la lactancia natural</b> Fecha de suspensión del contrato ____/____/____ Fecha cese de actividad ____/____/____ (en caso de cuenta propia)	
<b>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:</b>		
¿Se ha intentado adaptar las condiciones de su puesto de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se ha intentado reubicarla en otro puesto de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>ALEGACIONES:</b>		

### 3. DATOS DE LA EMPRESA O EMPLEADOR

Razón Social		Código Cuenta Cotización
Domicilio		
C.P.	Población	Provincia

#### 4. 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 quedo enterada de la obligación de comunicar a **umivale Activa** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo (Art. 35.5 R.D. 295/2009).

**MANIFESTO**, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención del historial clínico, custodiado por la Mutua, así como para que mis datos de identidad puedan ser consultados con garantía de confidencialidad en el caso de acceso.

**SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de Prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

**RECUERDE**, si se produjera la extinción de la relación laboral, deberá comunicarlo a esta Mutua por tratarse de una de las causas de extinción de la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, al objeto de evitar percepciones indebidas de la misma.

Si la solicitud de la prestación mencionada ha sido presentada sin los documentos imprescindibles para su tramitación, deberá aportar la documentación necesaria en el plazo de 10 días hábiles contados a partir de la presentación de esta solicitud.

Si no presenta en este plazo el/los documento/s indicado/s, se la tendrá por desistida de su petición, de acuerdo con los Artículos 70, 71 y 42 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, Ley 30/1992, BOE de 27/11/92 en relación con la Disposición Adicional 25ª de la LGSS.

En.....a.....de.....de 20.....  
 .Firma de la solicitante

**Información sobre protección de datos personales**

**Responsable:** **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** [dgd@umivaleactiva.es](mailto:dgd@umivaleactiva.es). **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. 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. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: [dgd@umivaleactiva.es](mailto:dgd@umivaleactiva.es). **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.