

SOLICITUD DE REANUDACIÓN DE LA PRESTACIÓN CESE DE ACTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES AUTÓNOMOS

1. DATOS PERSONALES (Datos del beneficiario)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI - NIF - Pasaporte		Domicilio			Teléfono
Población		Provincia		Código Postal	

2. CAUSA DE LA SOLICITUD DE REANUDACIÓN

3. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA ACREDITANDO LA FINALIZACIÓN DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA SUSPENSIÓN

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma del 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:** dpd@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: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

INFORMACIÓN PARA EL BENEFICIARIO

REANUDACIÓN

En el caso de querer solicitar la reanudación de la prestación al finalizar la causa que originó la suspensión, **deberá presentar la solicitud de reanudación en el plazo de 15 días hábiles una vez finalizada la causa** adjuntando la documentación que acredite dicha finalización.

La reanudación supondrá el derecho a percibir la prestación por el periodo que restase y con la base y porcentaje de la misma que correspondiese en el momento de la suspensión, así como a la cotización correspondiente al mismo periodo.

DOCUMENTACIÓN

Junto con la solicitud, deberá adjuntar la documentación que acredite la finalización de la causa que llevó a la suspensión de la prestación (Certificado de empresa o contrato por cuenta ajena donde conste fecha de inicio / fin relación laboral, Certificado de maternidad/paternidad donde conste la fecha inicio / fin...)

COMPROMISO DE ACTIVIDAD

Al igual que para el reconocimiento de la prestación de cese de actividad, uno de los requisitos imprescindibles era haber suscrito, ante el Servicio Público de Empleo correspondiente el compromiso de actividad al que se refiere los artículos 299 y 300 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, para tener derecho a la reanudación de la prestación, será necesario presentar de nuevo el compromiso de actividad actualizado.

Dicho documento deberá enviarlo junto con ésta solicitud y el resto de documentación acreditativa.