

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO DE EXISTENCIA 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 DE LA SOLICITANTE

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

2. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO		
Semana de gestación a fecha solicitud	Fecha prevista de parto	Embarazo único o múltiple

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	
Fecha de parto	Fecha finalización permiso maternidad

3. DATOS DE LA EMPRESA (a cumplimentar por las trabajadoras por cuenta ajena)

Razón Social	Tipo de contrato	Código Cuenta Cotización
Domicilio		C.P.
Población		Provincia

4. PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Fecha baja médica	Fecha de alta médica	¿Existía relación entre su baja médica y su situación de embarazo o lactancia?		Si ha contestado si, en alguno de los procesos, rogamos aporte documentación médica junto a esta solicitud
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

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.

Firma de la interesada (Adjuntar fotocopia DNI)

....., a de de 20

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>.