

## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Cumplimentar para todas las trabajadoras Autónomas, salvo TRADE y las incluidas en SETA)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
con número de código de cuenta de cotización \_\_\_\_\_ y con domicilio  
\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_,  
Código Postal \_\_\_\_\_ y Provincia \_\_\_\_\_ **DECLARA** bajo su responsabilidad que:

- Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:  Sí  No <sup>(1)</sup>
- Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en \_\_\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_, que la actividad económica, oficio o profesión es la de \_\_\_\_\_  
y que, durante la situación de suspensión de la actividad por  
 **Riesgo durante el embarazo**  **Riesgo durante la lactancia natural**, queda en la siguiente situación: (marque con una "x" lo que proceda)

1.  Gestionado por:

**Familiar**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
Núm. De Afiliación de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Núm. Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_  
Código de cuenta de cotización de la empresa : \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_

**Empleado del establecimiento**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
Núm. De Afiliación de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Núm. Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_  
Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

**Gestionado por otra persona**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
Núm. De Afiliación de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Núm. Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_  
Código de cuenta de cotización de la empresa: \_\_\_\_\_

- 2.  Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de suspensión de la actividad del titular del establecimiento.
- 3.  O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón económica de \_\_\_\_\_ que tiene su domicilio en \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Firma**

(1) Si se marca la casilla NO deberá cumplimentarse el punto 3.

### 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](mailto: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: [dod@umivaleactiva.es](mailto:dod@umivaleactiva.es). **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.