

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL

Empleni aquest imprès de la forma exacta i correcta perquè així facilitarà el tràmit de la seva prestació. Abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats, així com les instruccions per al seu emplenament. Escrigui amb claredat i en lletres majúscules per a evitar errors d'interpretació. L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès podrà exigir la seva esmena i, en tant la mateixa no es produeixi, demorarà la tramitació de la seva sol·licitud. Abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats.

1. DADES PERSONALS DE LA SOL·LICITANT

Nom		Primer cognom		Segon cognom	
DNI/NIF/NIE		Data naixement		Número d'afiliació de la Seguretat Social	
Telèfon		Mòbil		Correu electrònic	
Règim de la Seguretat Social		% IRPF Voluntari	Tipus de contracte	Llengua oficial de comunicació	
Domicili a efectes fiscals					
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	C.P.
Població			Província		

2. MOTIU DE LA SOL·LICITUD

<input type="checkbox"/> Risc durant l'embaràs Data de suspensió del contracte ____/____/____ Data cessament d'activitat ____/____/____ (en cas de compte pròpia)	<input type="checkbox"/> Risc durant la lactància natural Data de suspensió del contracte ____/____/____ Data cessament d'activitat ____/____/____ (en cas de compte pròpia)
En tots dos casos, indiqui els llocs de treball o funcions compatibles amb el seu estat que podria continuar desenvolupant, així com les raons per les quals el canvi no és possible:	
S'ha intentat adaptar les condicions del seu lloc de treball? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
S'ha intentat reubicar-la en un altre lloc de treball? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
AL·LEGACIONS:	

3. DADES DE L'EMPRESA O OCUPADOR

Raó Social		Codi compte cotització	
Domicili			
C.P.	Població	Província	

4. DADES BANCÀRIES (la sol·licitant declara ser titular del compte)

Codi IBAN (pagaments en territori nacional)																	
CODI PAÍS	ENTITAT			SUCURSAL				D.C.		NÚM. COMPTE							

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en la present sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentada de l'obligació de comunicar a **umivale Activa** qualsevol variació de les dades en ella expressats que pogués produir-se en endavant (Art. 35.5 RD 295/2009).

MANIFESTO, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de l'historial clínic, custodiat per la Mútua, així com perquè les meves dades d'identitat puguin ser consultats amb garantia de confidencialitat en el cas d'accés.

SOL·LICITO, mitjançant la signatura del present imprès, que es doni curs a la meua petició de Prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seva millor resolució..

RECORDI, si es produís l'extinció de la relació laboral, haurà de comunicar-ho a aquesta Mútua per tractar-se d'una de les causes d'extinció de la prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural, a fi d'evitar percepcions indegudes d'aquesta.

Si la sol·licitud de la prestació esmentada ha estat presentada sense els documents imprescindibles per a la seva tramitació, haurà d'aportar la documentació necessària en el termini de 10 dies hàbils comptats a partir de la presentació d'aquesta sol·licitud.

Si no presenta en aquest termini el/els document/s indicat/s, la hi tindrà per desistida de la seva petició, d'acord amb els Articles 70, 71 i 42 de la Llei de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú, Llei 30/1992, BOE de 27/11/92 en relació amb la Disposició Addicional 25a de la LGSS.

En.....a.....de.....de 20.....
 Signatura de la sol·licitant

Informació sobre protecció de dades personals

Responsable: **umivale Activa** Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 3. **Contacte del Delegat de Protecció de Dades:** dgd@umivaleactiva.es. **Finalitat:** Facilitar la gestió administrativa, assistencial i econòmica de les prestacions que li són pròpies en l'àmbit de la Seguretat Social. **Legitimació:** Aquest tractament es realitza en el marc del compliment de les obligacions legals aplicables a **umivale Activa** en la seva condició de Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social. **Destinataris:** Seguretat Social i Organismes dependents (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Jutjats i Tribunals, en cas que existeixi obligació legal per això. Entitats bancàries, caixes d'estalvis i caixes rurals. Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals. **Drets:** Podrà accedir, rectificar, suprimir, oposar-se a determinats tractaments, així com exercir el seu dret a la limitació del tractament, a la portabilitat i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en tractament automatitzat de les seves dades. **Forma d'exercir els seus drets:** Per escrit, mitjançant sol·licitud dirigida a **umivale Activa**, Av. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València); Presencialment, en qualsevol dels nostres centres o remetent un correu electrònic a la següent adreça: dgd@umivaleactiva.es. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.