

## 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. Escriui 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	Telèfon		Mòbil
Correu electrònic		Número d'afiliació de la Seguretat Social		% IRPF Voluntari	Llengua oficial de comunicació
Domicili a efectes fiscals					
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	C.P.
Població			Província		

### 2. MOTIUS DE LA SOL·LICITUD

<input type="checkbox"/> <b>Risc durant l'embaràs</b> Data de suspensió del contracte ____/____/____ Data cessament d'activitat ____/____/____ (en cas de compte pròpia) Data probable de part ____/____/____	<input type="checkbox"/> <b>Risc durant la lactància natural</b> Data de suspensió del contracte ____/____/____ Data cessament d'activitat ____/____/____ (en cas de compte pròpia) Data probable de part ____/____/____		
<b>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:</b>			
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"/>
<b>AL·LEGACIONS:</b>			

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

Código IBAN (pagos en territorio nacional)														
CODI PAÍS	ENTITAT			SUCURSAL			D.C.	NÍM. 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.

### PER ALS TREBALLADORS AUTÒNOMS:

La falta de lliurament de la declaració sobre la persona que gestiona directament l'establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa del qual siguin titulars o, en el seu cas, el cessament temporal o definitiu en l'activitat (Article 12 del RD 1273/03, disp. Adic. 17bis LGSS) en el termini de 15 dies des del moment de la presentació d'aquest document donarà lloc a la suspensió cautelar de la prestació.

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:** [dpd@umivaleactiva.es](mailto:dpd@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. **Destinatari:** 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: [dpd@umivaleactiva.es](mailto:dpd@umivaleactiva.es). **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.