

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD EN LA SGISE

Servei de Bombers i Bomberes Forestals



GENERALITAT
VALENCIANA



SGISE

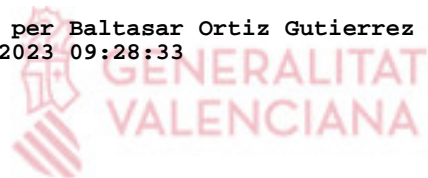
Societat Valenciana de Gestió Integral
dels Serveis d'Emergències



Nº Procedimiento: RH.PRL.REL.01**Procedimiento: Procedimiento de actuación para la protección de la maternidad****Versión: 01**

Fecha de emisión	La indicada en la firma electrónica
Puesto que lo emite	Servicio de prevención de riesgos laborales
Puestos que lo revisan	Dirección de recursos humanos
Departamentos/puestos a los que va dirigido	Todos los puestos de la SGISE
Motivos del cambio de versión	N/A
Puesto/s que propone/n el cambio	N/A

Firmat per Baltasar Ortiz Gutierrez el
13/03/2023 09:28:33



Firmado por Gerencia SGISE

ÍNDICE

1. OBJETIVO	7
2. AMBITO DE APLICACIÓN	7
3. FUNDAMENTOS LEGALES.....	7
4. RECURSOS DOCUMENTALES	8
5. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN. FASES.	8
5.1. Primera fase	9
5.1.1. Comunicación del estado de embarazo o lactancia natural.....	9
5.1.2. Reevaluación del puesto de trabajo.....	10
5.1.3. Informe de riesgo del servicio de medicina del trabajo.....	10
5.1.4. Procedencia de reubicación a puesto exento de riesgos.....	11
5.1.5. Resolución de la determinación del riesgo	11
5.2. Segunda fase.....	12
5.2.1. Adaptación o reubicación a la trabajadora	12
5.2.2. Prestación económica por riesgo de embarazo o lactancia natural.....	12
5.2.3. Términos de la prestación.....	13
5.3. Finalización de la prestación o reubicación del puesto	14
6. RELACION DE PUESTOS DE TRABAJO EXENTOS DE RIESGO	15
7. INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A LA RLPT	15
ANEXOS.....	17



Procedimiento de actuación para la protección de la maternidad en la SGISE

1. OBJETIVO

Este documento tiene por objeto la elaboración de un procedimiento común de actuación que estandarice las acciones que inicie la empresa para garantizar la protección de la maternidad de las trabajadoras que se encuentren en situación de embarazo o lactancia natural dentro del entorno laboral y de acuerdo con la legislación vigente en la materia y conocidos los riesgos existentes en su puesto de trabajo.

2. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento se aplicará a las trabajadoras pertenecientes a la SGISE que comuniquen su situación de embarazo (no embarazo de riesgo, en cuyo caso compete al Servicio Público de Salud la determinación de incapacidad temporal por contingencia común) o lactancia natural y cuyo ejercicio de sus funciones sea incompatible con su estado al no poder garantizar la aplicación de medidas correctivas que permitan desempeñar su trabajo con totales garantías de seguridad y protección de su salud como la del feto o del lactante hasta los 9 meses de edad según evaluación individualizada de las condiciones de trabajo.

En todo caso, el presente procedimiento deberá estar sujeto a las directrices establecidas en la legislación vigente, a los procedimientos de gestión al efecto de la mutua colaboradora responsable de la tramitación y pago de las correspondientes prestaciones, así como si hubiere cualquier modificación en base a una nueva regulación contractual por la vigencia de un convenio colectivo futuro.

3. FUNDAMENTOS LEGALES

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE. núm. 269, de 10 de noviembre) y su modificación por Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. (BOE. núm. 298, de 13 de diciembre).
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención y su modificación por Real Decreto 337/2010, de 19 de marzo. (BOE. núm. 71, de 23 de marzo).
- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- REGLAMENTO (CE) nº 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, y por el que se modifican y derogan las Directivas 67/548/CEE y 1999/45/CE y se modifica el Reglamento (CE) nº 1907/2006.
- REAL DECRETO 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

- 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.
- Convenios y acuerdos de aplicación vigentes en la empresa a la fecha de la aprobación de presente procedimiento.
 - VI Convenio Colectivo Personal Empresa Tragsa adscrito al Servicio de Bomberos Forestales
 - Acuerdo Laboral para regular las condiciones de trabajo del personal de Foresma, S.A. adscrito al Servicio de Extinción de Incendios Forestales y otras actuaciones de emergencia en la Comunidad Valenciana.
 - XVII Convenio Colectivo de Transformación Agraria, S.A.
- Primer Plan de igualdad de la SGISE, octubre de 2022. Disponible en: www.sgise.es

4. RECURSOS DOCUMENTALES

- Guía de prestación por riesgo durante el embarazo y lactancia natural. UMIVALE ACTIVA.
Disponible en: <https://umivaleactiva.es/dam/jcr:c7b0eb50-52d4-42e8-aa2e-a43d5776f308/221026%20Gu%C3%ADa%20de%20actuaci%C3%B3n%20LREoL%20V9%20UA.pdf>
- Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo (3ª edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social.
Disponible en: https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/e91e61c5-7559-4ce9-9440-a4bfe80e1df2/GU%C3%8DA+RIESGO+EMBARAZO_on+line_3%C2%AA+E.pdf?MOD=AJPERES
- Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. Instituto Nacional de la Seguridad Social.
Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/8fd3249d-52b3-4c1d-8b0c-7a7f24529b94/orientaciones+valoracion+lactancia+natural.pdf?MOD=AJPERES>

5. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN. FASES.

La comunicación se realizará siguiendo el procedimiento de actuación establecido por la mutua colaboradora con la que la SGISE tenga concertada la asistencia en ese momento.

Actualmente puede consultarse y descargar toda la documentación en la página web de Umivale Activa, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº3: <https://umivaleactiva.es/formularios>

5.1. Primera fase

5.1.1. Comunicación del estado de embarazo o lactancia natural

El inicio del procedimiento se realizará a instancia de la trabajadora interesada, la cual deberá comunicar su estado de embarazo o de lactancia natural en el momento que tenga constancia de ello como garantía para que desde la empresa se activen a tiempo las medidas de protección necesarias.

La comunicación se realizará de manera formal y exclusivamente mediante la presentación en formato físico o por correo electrónico al departamento o área provincial de adscripción de la documentación siguiente según la situación de aplicación (ver anexos II y III o consulta en <https://umivaleactiva.es/formularios>):

a) Estado de embarazo

- Informe del médico del Servicio Público de Salud en el que se acredite que hay un embarazo de curso normal, las semanas de gestación y la fecha probable de parto. Firmado y sellado por el/la médico/a y sello del Centro de Salud. (Anexo II)
- Solicitud de la trabajadora del Certificado Médico sobre la existencia de riesgo durante embarazo (Anexo IV).
- Fotocopia del DNI/NIF de la trabajadora.

b) Situación de lactancia natural

- Informe de pediatría del Servicio Público de Salud donde se certifique que se encuentra dando lactancia natural. Informe firmado y sellado por el/la médico/a y sello del Centro de Salud. La trabajadora deberá renovar mensualmente la acreditación de su estado de lactancia natural. (Anexo III)
- Solicitud de la trabajadora del Certificado Médico sobre la existencia de riesgo durante la lactancia natural (Anexo IV)
- Fotocopia del DNI/NIF de la trabajadora.
- Libro de familia actualizado o Certificado Registral Individual.

Desde la fecha de recepción de la comunicación y hasta la resolución de la determinación de riesgo emitida por la mutua colaboradora, desde la empresa se ofrece a la trabajadora la posibilidad de acordar con su responsable el ajuste de días de trabajo o acogimiento a alguno de los periodos de vacaciones a su cuenta pendientes de manera que le permita ausentarse de su puesto de trabajo.

5.1.1.1. Manual de ejercicio físico para embarazo y postparto formación física

El equipo técnico de preparación física de la SGISE ha elaborado un manual de ejercicio físico para el embarazo y postparto orientado a dar soporte e incentivar a aquellas trabajadoras de la SGISE que quieran mantener un embarazo y un postparto activo, con los beneficios que esto les puede reportar.

La trabajadora interesada en acceder a este dossier y a los videos tutoriales deberá entregar cumplimentado el *anexo V Cuestionario PARmed-X para embarazo* consistente en una guía-

cuestionario de seguridad previa a la iniciación de Actividad Física en el embarazo junto con una autorización de su médico/a para la práctica de ejercicio físico durante el embarazo donde conste de forma expresa que la trabajadora no presenta contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico durante el embarazo.

Tras la validación de la solicitud se le hará llegar por correo electrónico el enlace de acceso al documento y los video tutoriales.

El uso es exclusivo para la trabajadora, quedando prohibida su difusión a terceros.

Además de directrices y advertencias contenidas en el texto del dossier, la trabajadora deberá seguir las recomendaciones de su médico/a especialista en todo momento, antes, durante y después de la realización de los diferentes ejercicios. Se recomienda el seguimiento personalizado de un programa de ejercicios por parte de personal debidamente cualificado.

5.1.2. Reevaluación del puesto de trabajo

Una vez recibida la comunicación de la trabajadora por el departamento o área provincial de adscripción, esta se le remitirá al área de administración de personal del departamento de Recursos Humanos, desde donde se trasladará la petición al servicio de prevención de riesgos laborales (en adelante SPRL) para proceder a la reevaluación individualizada del puesto de trabajo a efectos de valorar la existencia de riesgos susceptibles de afectar al estado de la trabajadora.

5.1.3. Informe de riesgo del servicio de medicina del trabajo

Teniendo en cuenta el *artículo 26 Protección de la maternidad* de la LPRL que establece la obligación empresarial de facilitar a la trabajadora un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado siempre que no resulte posible la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo, previo a la reubicación del puesto o inicio del trámite de solicitud de prestación, desde el departamento o área provincial de adscripción se citará a la trabajadora a un examen de salud a efectos de que el servicio de medicina de trabajo emita *informe individualizado de aptitud de valoración del estado de gestación o lactancia natural* de acuerdo con los puestos exentos de riesgos previamente determinados y consultados con la representación legal de las personas trabajadoras de la SGISE (RLPT).

La citación será preferentemente presencial, acudiendo la trabajadora en día y hora señalada al centro médico del servicio de medicina del trabajo indicado por la SGISE. Previa conformidad del Servicio de medicina del trabajo se podrá concertar cita no presencial, realizada por llamada telefónica con la trabajadora, la cual deberá enviar por correo electrónico la documentación que desde el servicio de medicina del trabajo le sea solicitada (datos de la matrona o área de ginecología).

El servicio de medicina del trabajo emitirá informe de riesgo médico con calificación de:

- **Procedencia para reubicación de puesto:** El procedimiento continúa con la comunicación de adaptación o cambio del puesto de trabajo (*ver punto 5.1.4. Procedencia de reubicación a puesto exento de riesgos*)
- **No procedencia para reubicación de puesto:** El procedimiento continúa derivando a la trabajadora al Servicio Público de Salud para valoración de procedencia de baja. De forma

paralela se adjuntará el mencionado informe a la documentación a presentar por parte de la empresa a la mutua colaboradora para la tramitación de la suspensión del contrato y solicitud de la prestación por riesgo de embarazo (*ver punto 5.2.2 Prestación económica por riesgo de embarazo o lactancia natural*)

5.1.4. Procedencia de reubicación a puesto exento de riesgos

El principio que rige la prevención consiste en adaptar el puesto de trabajo a la persona trabajadora y no a la inversa, contemplándose como posibles adaptaciones de puesto la implantación de medidas preventivas de carácter organizativo y procedimental, cambios en el puesto, en el horario, en el uso de los equipos y/o en el entorno de trabajo.

En caso de imposibilidad de adaptación del puesto y/o las condiciones de trabajo con garantías de protección de la seguridad y salud de la trabajadora y del feto o lactante menor de 9 meses, desde el SPRL se comunicará al departamento de RRHH la necesidad de reubicar a la trabajadora en un puesto exento de riesgos para su estado o a otro puesto donde el riesgo se materialice más tarde de entre los definidos con la parte social (*ver punto 6. Relación de puestos de trabajo exentos de riesgos*).

La propuesta del cambio de puesto de trabajo se realizará en base a una adecuación puesto-persona propuesta por el área de desarrollo de personas preferentemente tras la entrevista de ajuste al perfil profesional con la interesada y, en todo, será de acuerdo con las reglas y criterios que se apliquen en los supuestos de movilidad funcional.

El SPRL elaborará la documentación solicitada por la mutua colaboradora a presentar junto con la facilitada por la interesada (*punto 5.1.1 Comunicación del estado de embarazo o lactancia natural*) justificativa o no de la reubicación del puesto y consistente en:

- Declaración empresarial sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo de la trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural (*Anexo V*)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo y del puesto reubicado.
- DPT del puesto de trabajo y del puesto reubicado.
- Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo.

5.1.5. Resolución de la determinación del riesgo

La mutua colaboradora, tras verificación y validación de la documentación, emitirá informe de admisión o denegación del derecho a la prestación por riesgo de embarazo o lactancia natural tras estudio de la existencia o no de riesgo en el puesto propuesto de reubicación reflejado en la documentación presentada y consistente en:

- Certificado médico de acreditación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural donde conste la fecha de inicio del riesgo y suspensión del contrato si procede.
- Informe de denegación de la existencia de riesgo y motivos justificativos.

La trabajadora deberá presentar el certificado resolutorio de la mutua colaboradora en formato físico o por correo electrónico a su responsable de departamento o área provincial de adscripción.

La mutua colaboradora podrá solicitar a la trabajadora la subsanación de toda documentación no conforme o incompleta presentada, con la consecuyente demora en el trámite de la solicitud y plazo estimado de resolución. Así mismo, podrá requerir documentación complementaria si se considera necesario para la correcta tramitación de la solicitud de esta prestación.

En caso de que la mutua colaboradora emita informe desestimatorio de la reubicación del puesto por acreditación de existencia de riesgo para la trabajadora, se continuará con la tramitación de la prestación por riesgo de embarazo (*ver punto 5.2.2 Prestación económica por riesgo de embarazo o lactancia natural*).

5.2. Segunda fase

5.2.1. Adaptación o reubicación a la trabajadora

Tras la emisión del *informe individualizado de aptitud de valoración del estado de gestación o lactancia natural*, desde el departamento de RRHH y de acuerdo con esta calificación y las plazas disponibles exentas de riesgos, se definirán las condiciones del puesto a reubicar considerando las características individuales de la trabajadora.

Una vez coordinado con los departamentos y áreas implicadas, se citará a la trabajadora para ofrecerle de manera formal el *mutuo acuerdo de reubicación de puesto por razón de maternidad*, que incluirá las medidas preventivas a adoptar en materia de seguridad y salud en el puesto actual de trabajo sobre la que se ha iniciado el procedimiento de acuerdo con las indicaciones establecidas por el/la facultativo/a médico/a de medicina del trabajo.

La reubicación de puesto tendrá efectos desde la firma del mutuo acuerdo mientras se mantenga la situación objeto, es decir, hasta el momento en que el estado de salud de la trabajadora permita su reincorporación al anterior puesto.

5.2.2. Prestación económica por riesgo de embarazo o lactancia natural

La tramitación de la prestación económica por riesgo durante el embarazo y lactancia natural se iniciará cuando se den las siguientes circunstancias:

- Existencia de condiciones de trabajo constatadas en la evaluación de riesgos del puesto de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora y del feto o lactante hasta 9 meses, de acuerdo con el artículo 50 del *RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural*.
- Imposibilidad técnica u objetiva de cambio de puesto a la trabajadora embarazada o en situación de lactancia natural.
- Informe desestimatorio de reubicación de puesto emitido por la mutua colaboradora.

Sin perjuicio de lo anterior y previo consentimiento de la trabajadora, en caso de que el informe emitido por el servicio de medicina del trabajo (*ver pto 5.1.3*) concluya no aptitud para el puesto o bien alguna otra indicación que recomiende la no procedencia de reubicación de la trabajadora por motivos de salud, desde el departamento de RRHH se informará de ello a la interesada y a la mutua

colaboradora a efectos de aportar esta evidencia documental al expediente de tramitación de la prestación por riesgo durante el embarazo o situación de lactancia natural, según proceda.

5.2.2.1. Suspensión del contrato

La suspensión del contrato por riesgo de embarazo o situación de lactancia natural tendrá efectos desde la fecha indicada por el facultativo médico de la mutua colaboradora en la emisión del Certificado médico de acreditación de riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural después de la prestación por maternidad. (*ver punto 5.1.5 Resolución de la determinación del riesgo*)

5.2.2.2. Solicitud de documentación de la trabajadora

Una vez se le comunique a la trabajadora desde la mutua colaboradora la admisión y aceptación de su solicitud de riesgo durante el embarazo o lactancia mediante el correspondiente certificado médico de acreditación de riesgo, la interesada deberá cumplimentar y presentar en su departamento o área de adscripción la documentación siguiente para la tramitación del abono de la prestación para cualquiera de las dos situaciones contempladas en el presente procedimiento:

- Solicitud de prestación económica de riesgo durante el embarazo o lactancia natural (Anexo VII)
- Comunicación de datos al pagador (modelo 145) (Anexo VIII).
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.

5.2.2.3. Documentación por parte de la empresa

El departamento de RRHH elaborará la documentación solicitada por la mutua colaboradora a presentar en esta segunda fase junto con la facilitada por la interesada, consistente en:

- Certificado de cotizaciones de la empresa o empleador para la solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o lactancia natural (anexo IX).

5.2.2.4. Resolución de la segunda fase

Una vez validada la documentación por parte de la mutua colaboradora, esta procederá a emitir resolución positiva o negativa. En caso de resolución positiva, la mutua colaboradora procederá mensualmente al abono de la prestación.

5.2.3. Términos de la prestación

5.2.3.1. Cuantía, gestión y pago

En caso de resolución de derecho a prestación positiva, la cuantía de la prestación es del 100% de la base reguladora por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Profesionales.

Su gestión y pago corre a cargo de la mutua colaboradora con abono previsto entre el día 1 y 5 de cada mes.

- El abono de la prestación por riesgo de embarazo se suspenderá 15 días antes de la fecha prevista de parto, subsanándose la diferencia cuando la trabajadora certifique el nacimiento del hijo a la mutua colaboradora, de acuerdo con el procedimiento de pago de la prestación establecido por la mutua colaboradora.
- El abono de la prestación durante la lactancia natural se contará desde el fin del periodo de maternidad hasta que cese la lactancia natural, con un máximo de 9 meses (edad del niño) y siempre que perdure el hecho causante de ello con la presentación de informe médico justificativo.

5.2.3.2. Denegación, anulación y suspensión

El derecho a la prestación podrá ser denegado, anulado o suspendido cuando:

- La beneficiaria hubiera actuado fraudulentamente para obtener o conservar la prestación.
- Se encuentre percibiendo otra prestación a cargo de la Seguridad Social.
- Realice cualquier trabajo o actividad, bien por cuenta ajena o cuenta propia, iniciado con posterioridad a la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo o lactancia natural, incompatible con su estado.
- Realizar cualquier actividad o trabajo, por cuenta propia o ajena, salvo en los supuestos de pluriactividad.
- Sistema Especial Agrario, el derecho a la prestación económica se suspenderá durante los periodos entre temporadas, en tanto no se produzca un nuevo llamamiento (a excepción de las trabajadoras fijas discontinuas).
- En ERTE, en términos generales, no procede la prestación porque el riesgo ha cesado, igual que la extinción. Una vez cese el ERTE, como deben reincorporarse a la actividad laboral, podría iniciar otra vez el percibo de la prestación, siempre que no se haya extinguido la duración total.

5.3. Finalización de la prestación o reubicación del puesto

La trabajadora está obligada a comunicar cualquier circunstancia que implique la modificación de su estado de maternidad susceptible de la suspensión o extinción de la prestación; de igual modo la empresa tiene la obligación de comunicar a la mutua colaboradora cualquier modificación en la relación contractual o condiciones de trabajo con la trabajadora.

Causas posibles de finalización de la prestación o reubicación del puesto de trabajo:

Embarazo	Lactancia natural
<ul style="list-style-type: none"> - Al iniciar el descanso por maternidad. - Por reincorporación a su puesto de trabajo o a otro compatible con su estado. - Por finalización del contrato de trabajo. - Por interrupción del embarazo. - Por fallecimiento de la trabajadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por interrupción de la lactancia natural. - Al transcurrir 9 meses desde el nacimiento. - Por reincorporación a su puesto de trabajo o a otro compatible con su estado. - Por finalización del contrato de trabajo. - Por fallecimiento de la trabajadora o del lactante.

6. RELACION DE PUESTOS DE TRABAJO EXENTOS DE RIESGO

En el acta nº 2022.04 del comité de seguridad y salud de la SGISE celebrado en fecha 9 de mayo de 2022, la SGISE, en calidad de empresario, elevó a consulta por la representación legal de las personas trabajadoras los puestos de trabajo exentos de riesgo durante la situación de embarazo o lactancia natural, de las trabajadoras del Servicio de Bomberos y Bomberas Forestales según lo establecido, respectivamente, en los artículos 16.2 y 26.2 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, y siendo definidos como tal los siguientes:

***Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo para las trabajadoras de la SGISE
en situación de embarazo o lactancia natural:***

- *Puestos de trabajo no adscritos al personal operativo de Titulado Superior, Titulado Medio, Administrativo especialista o Administrativo.*

7. INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A LA RLPT

Se informará a la representación legal de las personas trabajadoras a través del Comité de Seguridad y Salud del inicio y resolución del procedimiento de adaptación o cambio de puesto de trabajo de la mujer en situación de embarazo o lactancia natural cuyo ejercicio de funciones sea incompatible con su estado.

ANEXOS

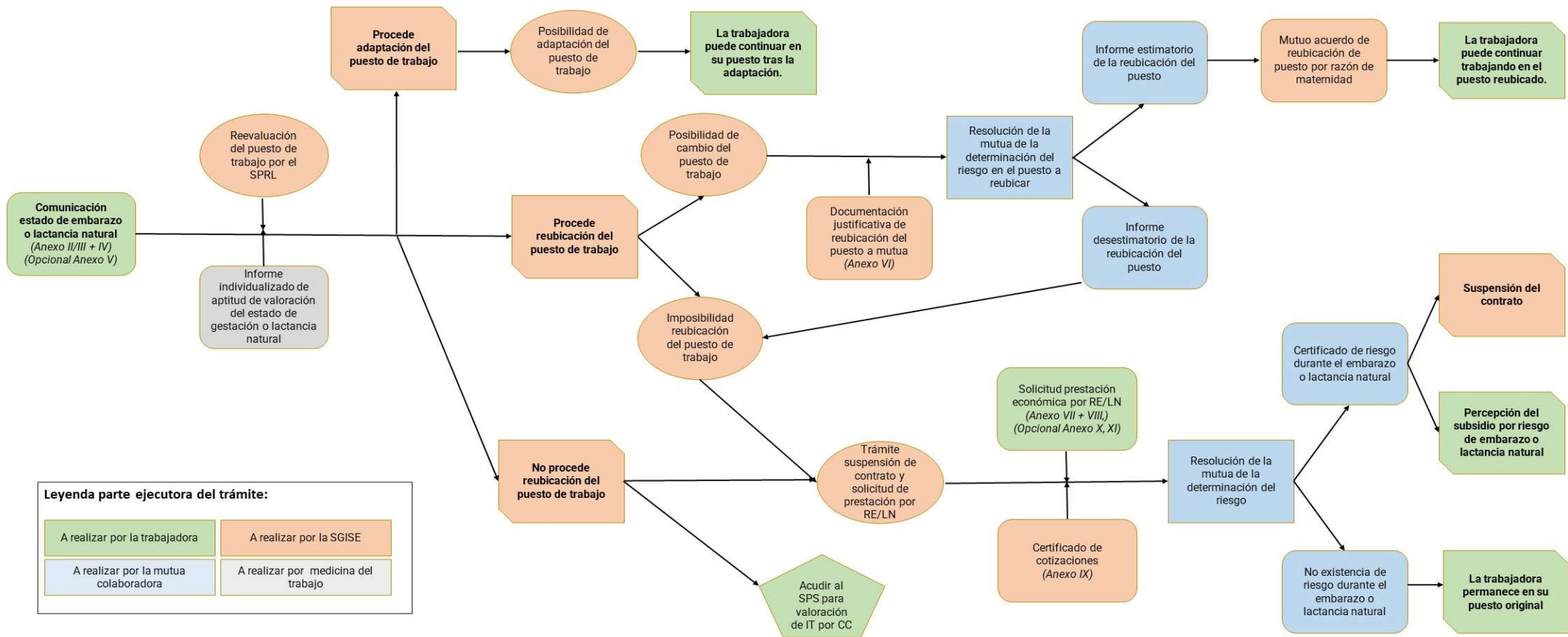
- I. Esquema de actuación
- II. Informe médico del servicio público de salud de riesgo durante el embarazo
- III. Informe médico del servicio público de salud de riesgo durante la lactancia natural
- IV. Solicitud de certificado médico de existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural
- V. Cuestionario PARmed-X para embarazo.
- VI. Declaración empresarial trabajadora embarazada o lactancia natural
- VII. Solicitud de prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural
- VIII. Comunicación de datos al pagador (modelo 145)
- IX. Certificado de cotizaciones de la empresa o empleador para la solicitud de la prestación económica de riesgo durante el embarazo o lactancia natural
- X. Solicitud de cambio de cuenta bancaria para el abono de la prestación
- XI. Solicitud/finalización de aplicación del tipo voluntario a efectos de las retenciones del IRPF durante el abono de la prestación.



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

ANEXO I: ESQUEMA DE ACTUACIÓN



Legenda parte ejecutora del trámite:

A realizar por la trabajadora	A realizar por la SGISE
A realizar por la mutua colaboradora	A realizar por medicina del trabajo



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

**ANEXO II: INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO**



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

(A rellenar por el facultativo de atención primaria o ginecólogo que asiste la trabajadora en el SPS).

A efectos de admitir a trámite la solicitud de la Prestación por Riesgo Laboral durante el embarazo o lactancia. (**Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo**, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, en la disposición adicional duodécima apartado dos, y **Real Decreto 295/2009**, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2).

1. DATOS DEL FACULTATIVO

Dr./Dra.	
Médico del Servicio Público de Salud de	
Colegiado nº.	Especialista en
<p>El facultativo firmante declara que son exactos y veraces los datos contenidos en el presente informe médico y que no ha ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo del embarazo. (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 307 ter.)</p>	<p>Sello hospital / Centro salud</p>
	<p>...../...../..... Fecha y firma del facultativo</p>

2. DATOS DE LA TRABAJADORA SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI
En situación de embarazo			
Edad gestacional de _____ semanas	Fecha probable del parto/...../.....	<input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Múltiple
Clasificación del riesgo obstétrico (referenciado en Anexo adjunto)			
<input type="checkbox"/> Riesgo bajo o 0	<input type="checkbox"/> Riesgo medio o 1	<input type="checkbox"/> Riesgo alto o 2	<input type="checkbox"/> Riesgo muy alto o 3
Certifica que:			
<input type="checkbox"/> Es un embarazo de curso normal, sin incidencias ni patologías asociadas que influyan en el desarrollo de la gestación ni en la salud de la trabajadora.			
<input type="checkbox"/> La trabajadora no se encuentra de baja por Contingencia Común			
<input type="checkbox"/> La trabajadora presenta en la actualidad un nivel de riesgo obstétrico o alguna patología activa del siguiente listado que la incapacita para desarrollar su actividad. Marcar con una X.			
<input type="checkbox"/> Antecedentes de dos nacidos pretérmino 1 con peso inferior a 2000 g	<input type="checkbox"/> Amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Antecedentes de pérdidas fetales, incompetencia cervical o cerclaje.	<input type="checkbox"/> Amenaza de parto pretérmino		
<input type="checkbox"/> Antecedentes de anomalías uterinas con pérdidas fetales.	<input type="checkbox"/> Hemorragia genital (placenta previa).		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca dentro de la clasificación III y IV de la NYHA.	<input type="checkbox"/> Varices en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacientes con Síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> Riesgo tromboembólico en tratamiento		
<input type="checkbox"/> Pacientes con hemoglobinopatías incluidas las talasemias	<input type="checkbox"/> Lumbalgia en fase aguda		
<input type="checkbox"/> Pacientes con hipertensión pulmonar o arterial	<input type="checkbox"/> Hiperémesis en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacientes con aclaramiento de creatinina anormal	<input type="checkbox"/> Mareos matutinos en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Polihidramnios	<input type="checkbox"/> CIR (crecimiento intrauterino retardado)		
<input type="checkbox"/> Herpes gestacional	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional con riesgo de descompensación o afectación a la gestación.		
<input type="checkbox"/> Anemia severa (<8 g/ dl de hemoglobina)	<input type="checkbox"/> Agravamiento de enfermedades previas o su descomposición-compensación por el embarazo.		
<input type="checkbox"/> Preeclampsia: edema gestacional, proteinuria, hipertensión	<input type="checkbox"/> (LAS, E. de Crohn, endocrinopatías...)		
<input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas.			

3. ANEXO. CLASIFICACIÓN RIESGO OBSTÉTRICO

Riesgo medio o 1:	
Anomalia pélvica identificada clínica y / o radiológicamente.	Fecha de la última menstruación incierta.
Baja altura materna: <1,5 metros.	Gestante Rh negativo.
Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.	Gran multiparidad: 5 o más fetos de menos 28 semanas.
Condiciones socioeconómicas desfavorables.	Hemorragia del primer trimestre.
Control insuficiente de la gestación: <4 visitas prenatales o una visita a semana 20.	Incompatibilidad Rh.
Edad extrema <16 o> 35 años.	Incremento del peso excesivo o insuficiente:> 15 kg o <5 kg.
Embarazo no deseado.	Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo).
Esterilidad previa: dos años o más.	Obesidad.
Fumadora habitual.	Período intergenésico menor de 12 meses.
Riesgo alto o 2:	
Anemia grave (Hb <9 g / dl o hematocrito> 25%).	Hidramnios u oligoamnios.
Cardiopatía 2: paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.	Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, parto distócico, deficiencias mentales o sensoriales de probable origen obstétrico, antecedentes de retraso del crecimiento.
Cirugía uterina previa (no valorable cesárea).	Infección materna: hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, HIV, estreptococo B.
Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez o durante la gestación).	Obesidad mórbida.
Embarazo de gemelos.	Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación.
Hemorragia 2º o 3º trimestre.	
Riesgo muy alto o 3:	
Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.	Muerte perinatal recurrente.
Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad	Placenta previa.
Diabetes pre gestacional.	Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg.
Drogadicción y alcoholismo.	Patología asociada grave.
Gestación múltiple.	Retraso del crecimiento intrauterino.
Incompetencia cervical.	Rotura membranas.
Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.	Sida clínico.
Malformación fetal confirmada.	

Información sobre protección de datos personales

Responsable: umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dgd@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: dgd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

INFORME MÈDIC DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT RISC DURANT L'EMBARÀS

(A emplenar pel facultatiu d'atenció primària o ginecòleg que assisteix la treballadora en el SPS).

A l'efecte d'admetre a tràmit la sol·licitud de la Prestació per Risc Laboral durant l'embaràs o lactància. (**Llei orgànica 3/2007 de 22 de març**, per a la igualtat efectiva entre dones i homes, en la disposició addicional dotzè apartat 2, i **Reial decret 295/2009**, de 6 de març, pel qual es regulen les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social per maternitat, paternitat, risc durant l'embaràs i risc durant la lactància natural, article 31 i 49 apartat 2).

1. DADES DEL FACULTATIU

Dr./Dra.		
Metge del Servei Públic de Salut de		
Col·legiat núm.	Especialista en	
<p>El facultatiu signant declara que són exactes i veraces les dades contingudes en el present informe metge i que no ha ocultat o omès dada, fet o cap circumstància que puguin influir en la valoració del risc de l'embaràs. (<i>Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal. Article 307 ter.</i>)</p>	<p>Segell hospital / Centre salut</p>	<p>...../...../..... Data i signatura del facultatiu</p>

2. DADES DE LA TREBALLADORA SOL-LICITANT

Nom	Primer cognom	Segon cognom	DNI
En situació d'embaràs			
Edat gestacional de _____ setmanes	Data probable del part/...../.....	<input type="checkbox"/> Únic	<input type="checkbox"/> Múltiple
Classificació del risc obstètric (referenciat en Annex adjunt)			
<input type="checkbox"/> Risc baix o 0	<input type="checkbox"/> Risc mitjà o 1	<input type="checkbox"/> Risc alt o 2	<input type="checkbox"/> Risc molt alt o 3
Certifica que:			
<input type="checkbox"/> És un embaràs de curs normal, sense incidències ni patologies associades que influeixin en el desenvolupament de la gestació ni en la salut de la treballadora.			
<input type="checkbox"/> La treballadora no es troba de baixa per Contingència Comuna.			
<input type="checkbox"/> La treballadora presenta en l'actualitat un nivell de risc obstètric o alguna patologia activa del següent llistat que la incapacita per a desenvolupar la seva activitat. Marcar amb una X.			
<input type="checkbox"/> Antecedents de dos nascuts preterme 1 amb pes inferior a 2000 g.	<input type="checkbox"/> Amenaça d'avortament.		
<input type="checkbox"/> Antecedents de pèrdues fetals, incompetència cervical o cerclaje.	<input type="checkbox"/> Amenaça de part preterme.		
<input type="checkbox"/> Antecedents d'anomalies uterines amb pèrdues fetals.	<input type="checkbox"/> Hemorràgia genital (placenta prèvia).		
<input type="checkbox"/> Malaltia cardíaca dins de la classificació III i IV de la NYHA.	<input type="checkbox"/> Varius en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacients amb Síndrome de Marfan.	<input type="checkbox"/> Risc tromboembòlic en tractament.		
<input type="checkbox"/> Pacients amb hemoglobínopaties incloses les talasèmies.	<input type="checkbox"/> Lumbàlgia en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacients amb hipertensió pulmonar o arterial.	<input type="checkbox"/> Hiperèmesi en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacients amb aclarament de creatinina anormal.	<input type="checkbox"/> Marejos matutins en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Polihidramnis.	<input type="checkbox"/> CIR (creixement intrauterí retardat).		
<input type="checkbox"/> Herpes gestacional.	<input type="checkbox"/> Diabetis gestacional amb el risc de descompensació o afectació a la gestació.		
<input type="checkbox"/> Anèmia severa (<8 g/ dl d'hemoglobina).	<input type="checkbox"/> Agreujament de malalties prèvies o la seva descomposició-compensació per l'embaràs.		
<input type="checkbox"/> Preeclàmpsia: edema gestacional, proteïnúria, hipertensió.	<input type="checkbox"/> (LAS, M. de Crohn, endocrinopaties...).		
<input type="checkbox"/> Trencament prematur de membranes.			

3. ANNEX. CLASSIFICACIÓ RISC OBSTÈTRIC

Risc mitjà o 1:	
Anomalia pelviana identificada clínica i / o radiològicament.	Data de la darrera menstruació incerta.
Baixa altura materna: <1,5 metres.	Gestant Rh negatiu.
Cardiopatia 1: que no limita la seva activitat física.	Gran multiparitat: 5 o més fetus de menys de 28 setmanes.
Condicions socioeconòmiques desfavorables.	Hemorràgia del primer trimestre.
Control insuficient de la gestació: <4 visites prenatales o una visita a setmana 20.	Incompatibilitat Rh.
Edat extrema <16 o> 35 anys.	Increment del pes excessiu o insuficient:> 15 kg o <5 kg.
Embaràs no desitjat.	Infecció urinària baixa o bacteriuria asimptomàtica (per urinocultivo).
Esterilitat prèvia: dos anys o més.	Obesitat.
Fumadora habitual.	Període intergenèsic menor de 12 mesos.
Risc alt o 2:	
Anèmia greu (Hb <9 g / dl o hematòcrit> 25%).	Hidramnios o oligoamnios.
Cardiopatia 2: pacient obligada a una limitació lleugera de la seva activitat física.	Història obstètrica desfavorable: dos o més avortaments, un o més prematurs, part distòcic, deficiències mentals o sensorials de probable origen obstètric, antecedents de retard del creixement.
Cirurgia uterina prèvia (no valorable cesària).	Infecció materna: hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubèola, sífilis, HIV, estreptococ B.
Diabetis gestacional (es diagnostica per primera vegada o durant la gestació).	Obesitat mòrbida.
Embaràs de bessons.	Presentació anòmala: constatada després de la setmana 38 de gestació.
Hemorràgia 2n o 3r trimestre.	
Risc molt alt o 3:	
Amenaça de part prematur: abans de la setmana 37.	Mort perinatal recurrent.
Cardiopaties 3 o 4: pacient obligada a una limitació accentuada de la seva activitat.	Placenta prèvia.
Diabetis pre gestacional.	Preeclàmpsia lleu: TA diastòlica major o igual a 110 mmHg o TA sistòlica major o igual a 160 mmHg.
Drogoaddicció i alcoholisme.	Patologia associada greu.
Gestació múltiple.	Retard del creixement intrauterí.
Incompetència cervical.	Trencament membranes.
Isoimmunització: Coombs indirecte positiu en pacient Rh negatiu.	Sida clínica.
Malformació fetal confirmada.	

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. **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. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

**ANEXO III: INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD DE RIESGO
DURANTE LA LACTANCIA NATURAL**



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

(A rellenar por el pediatra del SPS)

A efectos de admitir a trámite la solicitud de la Prestación por Riesgo Laboral durante el embarazo o lactancia. (**Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo**, por la que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2, , y **Real Decreto 295/2009**, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2).).

1. DATOS DEL FACULTATIVO

Dr./Dra.		
Médico del Servicio Público de Salud de		
Colegiado nº.	Especialista en	
El facultativo firmante declara que son exactos y veraces los datos contenidos en el presente informe médico y que no ha ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo durante la lactancia natural. (<i>Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 307 ter.</i>)	Sello hospital / Centro salud/...../..... Fecha y firma del facultativo

2. DATOS DE LA TRABAJADORA SOLICITANTE

Nombre y apellidos			
DNI		Fecha del parto/...../.....
En situación de lactancia natural certifica que			
<input type="checkbox"/> El hijo está recibiendo lactancia materna exclusiva en el momento actual <input type="checkbox"/> El hijo no recibe lactancia materna desde la fecha/...../.....			

....., 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>.

INFORME MÈDIC DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL

(A emplenar pel pediatre del SPS)

A l'efecte d'admetre a tràmit la sol·licitud de la Prestació per Risc Laboral durant l'embaràs o lactància. (**Llei orgànica 3/2007 de 22 de març**, per la qual es regulen les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social per maternitat, paternitat, risc durant l'embaràs i risc durant la lactància natural, article 31 i 49 apartat 2, i **Reial decret 295/2009**, de 6 de març, pel qual es regulen les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social per maternitat, paternitat, risc durant l'embaràs i risc durant la lactància natural, article 31 i 49 apartat 2).

1. DADES DEL FACULTATIU

Dr./Dra.		
Metge del Servei Públic de Salut de		
Col·legiat núm.	Especialista en	
El facultatiu signant declara que són exactes i veraçes les dades contingudes en el present informe mèdic i que no ha ocultat o ometre dada, fet o cap circumstància que puguin influir en la valoració del risc durant la lactància natural. (Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal. Article 307 ter.)	Segell hospital / Centre salut/...../..... Data i signatura del facultatiu

2. DADES DE LA TREBALLADORA SOL·LICITANT

Nom i cognoms			
DNI		Data del part/...../.....
En situació de lactància natural certifica que			
<input type="checkbox"/> El fill està rebent lactància materna exclusiva en el moment actual <input type="checkbox"/> El fill no rep lactància materna des de la data/...../.....			

....., a de de 20

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. **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. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

**ANEXO IV: SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO DE EXISTENCIA DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL**



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

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

SOL·LICITUD DE CERTIFICAT MÈDIC D'EXISTÈNCIA 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. Escriu 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 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	
Domicili a efectes fiscals					
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	C.P.
Població				Província	
Règim de la Seguretat Social				Llengua oficial de comunicació	

2. MOTIUS DE LA SOL·LICITUD

RISC DURANT L'EMBARÀS		
Setmana de gestació a data de sol·licitud	Data prevista de part	Embaràs únic o múltiple

RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL	
Data de part	Data finalització permís maternitat

3. DADES DE L'EMPRESA (a emplenar per les treballadores per compte aliena)

Raó Social	Tipus de contracte	Codi compte cotització
Domicili		C.P.
Població		Província

4. PROCESSOS D'INCAPACITAT TEMPORAL EN ELS ÚLTIMS 6 MESOS

Data baixa mèdica	Data d'alta mèdica	Existia relació entre la seva baixa mèdica i la seva situació d'embaràs o lactància?		Si ha contestat si, en algun dels processos, preguem aportí documentació mèdica al costat d'aquesta sol·licitud
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

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 adop-tando 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.

Signatura de la interessada (Adjuntar fotocopia DNI)

....., a de de 20

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>.

ANEXO V: CUESTIONARIO PARmedX PARA EMBARAZO



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

PARmed-X para EMBARAZO

PARmed-X para embarazo, una guía-cuestionario de seguridad previa a la iniciación de Actividad Física en el embarazo.

Las mujeres que estén en un buen estado de salud, sin complicaciones propias del embarazo, pueden integrar sin problema, la Actividad Física dentro de su vida cotidiana; así como participar en diferentes sesiones, ya sean específicas o no (dependiendo de otros aspectos). Los beneficios para la futura madre son muchos, destacando la mejora cardiovascular y muscular, control de peso o la facilitación en los cambios biomecánicos y fisiológicos propios del embarazo. Además, la práctica regular de ejercicio, ayudará a prevenir la intolerancia gestacional a la glucosa o la hipertensión inducida.

La seguridad en el ejercicio prenatal dependerá de un adecuado nivel de la reserva fisiológica materno-fetal. El test PARmed-X para el embarazo consta de un cuestionario de seguridad, así como unas pautas generales de prescripción del entrenamiento utilizadas tanto para evaluar a las clientas en estado de gestación que entran en una Instalación Deportiva, así como para garantizar las adaptaciones fundamentales en un plan de Acondicionamiento Físico a éstas.

Las instrucciones para utilizar el PARmed-X son las siguientes:

1. La paciente deberá rellenar la sección de información y el cuestionario pre-ejercicio (partes 1 a 4), así como dar el consentimiento al profesional indicado para el control de su entrenamiento.
2. El/la profesional médico/a deberá contrastar la información de la clienta, así como consultar cualquier factor de seguridad relativo o absoluto (sección C), basado en la información médica actual.
3. Si no existen contraindicaciones, el formulario de evaluación de la salud deberá ser completado y firmado por el/la profesional médico/a, dando una copia del mismo a la embarazada para entregar a su vez al entrenador/a.

NOTA: Las secciones A y B deberán ser completadas por la cliente, antes de recibir la aprobación médica.

A: INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nac.: _____

Nº Seg. Social: _____

B: CUESTIONARIO DE SALUD PREVIO

PARTE 1: ESTADO DE SALUD GENERAL

En el pasado, ha sufrido... (Sí/No):

1. Aborto en embarazos previos: --
2. Otras complicaciones: --
3. He realizado un PAR-Q (cuestionario de aptitud para la actividad física) en los últimos 30 días: --

Si ha respondido "Sí" a las preguntas 1 ó 2, por favor, explique brevemente lo sucedido: _____

Número de embarazos previos: _____

PARTE 2: ESTADO DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha prevista de parto: _____

Durante el mismo, ha sufrido en algún momento (Sí/No):

1. ¿Fatiga severa? --
2. ¿Sangrado en la vagina? --
3. ¿Mareos o pérdidas de equilibrio? --
4. ¿Dolor abdominal inesperado? --
5. ¿Hinchazón repentina de pies, manos o cara? --
6. ¿Dolores persistentes de cabeza? --
7. ¿Rojez, hinchazón o dolor en las pantorrillas? --
8. ¿Ausencia de movimiento fetal desde el 6º mes? --
9. ¿No ha ganado peso desde el 5º mes? --

Explique en caso de haber respondido "Sí" en alguna pregunta:

PARTE 3: HÁBITOS Y ACTIVIDADES EL ÚLTIMO MES

1. Actividades fitness o recreativas regulares: _____

INTENSIDAD	FRECUENCIA SEMANAL 1-2 / 2-4 / >4	TIEMPO MINUTOS <20 / 20-40/ >40
Dura:	--	--
Moderada:	--	--
Suave:	--	--

2. Su actividad cotidiana incluye (Sí/No):

- ¿Levantar cargas pesadas? --
- ¿Caminar o subir escaleras regularmente? --
- ¿Caminar puntualmente? --
- ¿Periodos prolongados de pie? --
- ¿Periodos prolongados sentada? --
- ¿Haces una Actividad promedio diaria? --

3. ¿Es fumadora actualmente? --

4. ¿Bebe alcohol en la actualidad? --

PARTE 4: INTENCIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA ACTUALES.

¿Qué tipo de Actividad Física desea realizar?

¿Produce un cambio sobre sus hábitos anteriores?

C CONTRAINDICACIONES AL EJERCICIO:

(debe ser rellenado por su especialista médico/a - ginecólogo/a)

Contraindicaciones absolutas (Sí/No)

1. ¿Ruptura de membranas prematura? --
2. ¿Sangrado de la placenta previa y persistente? --
3. ¿Hipertensión inducida o pre-eclampsia? --
4. ¿Disfunción del cuello uterino? --
5. ¿Restricción de riego sanguíneo intrauterino? --
6. ¿Embarazo múltiple (trillizos o más)? --
7. ¿Diabetes Tipo I no controlada, hipertensión o disfunción tiroidal, otros problemas cardiovasculares, respiratorios e incluso sistémicos? --

Contraindicaciones relativas (Sí/No)

1. ¿Antecedentes de aborto o parto espontáneo en embarazos previos? --
2. ¿Problemas crónicos a nivel respiratorio o cardiovascular de tipo moderado o leve (hipertensión/asma)? --
3. ¿Anemia o falta de hierro? --
4. ¿Malnutrición o desorden alimenticio? --
5. ¿Embarazo de gemelos de más de 28 semanas? --
6. ¿Algún otro factor significativo? --

Nota: El riesgo de alguno de estos factores puede ser mayor a los beneficios de la Actividad Física. La decisión de realizar algún plan de entrenamiento debe ser con la aprobación o consejo de un/a especialista médico/a.

Prescripción de Actividad Aeróbica

RATIO DE PROGRESIÓN: El mejor momento para realizar algún tipo de progresión es durante el segundo trimestre, dado que es la fase en la que el embarazo genera menos molestias. El ejercicio aeróbico puede ser incrementado gradualmente, partiendo de un mínimo de 15 minutos continuos durante 3 sesiones/semana (con intensidad adecuada y controlada), hasta un máximo de unos 30 minutos durante 4 sesiones/semana.

CALENTAMIENTO Y VUELTA A LA CALMA: Serán progresivos y regresivos respectivamente, de una escala más ligera de lo habitual, y una duración de entre 10 y 15 minutos. Ejercicios ligeros de calistenia así como trabajo de movilidad y relajación, pueden ir incluidos adecuadamente en ambas fases.

F	I	T	T
Frecuencia	Intensidad	Tiempo	Tipo
Empezar en 3 sesiones semanales progresando progresando a 4	Ejercicio con la FC adecuada a edad y y condición previa	Partiendo de 15' continuos en progresión a 30'	Sin cargas y de bajo impacto. Utilizando grandes segmentos corporales (caminar, bicicleta, natación o aeróbic de bajo impacto)

“TEST DE HABLA”: El ejercicio deberá disminuir de intensidad o incluso llegar a detenerse, en el momento en el que la embarazada no pueda mantener una conversación durante el mismo.

Prescripción y monitorización de la intensidad: La mejor forma de prescribir y monitorizar la intensidad, vendrá de combinar tanto la Frecuencia Cardíaca como el Rango de Percepción de Esfuerzo (RPE).

Frecuencia Cardíaca recomendada: Pese a que convencionalmente se ha estipulado en 140 la FC, que no convendrá sobrepasar en el ejercicio aeróbico, el rango exacto dependerá de diversos aspectos como la edad o el estado de forma de la embarazada.

- **Menores de 20 años:** Hasta 155 ppm según estado de forma.
- **Entre 20 y 29 años:** El rango irá de las 102 ppm en caso de mujeres con IMC mayor a 25, edad y estado de forma previo, pasando por 129-144 para las anteriormente sedentarias, 135 a 150 en las físicamente activas y hasta 160 en las deportistas.
- **A partir de 30 años:** El rango será ligeramente inferior (unas 5 pulsaciones menos como límite) respecto a los casos y niveles de condición física expuestos en el punto anterior.

Rango de Percepción de esfuerzo: Partiendo de la Escala de Börg, limitaremos la intensidad de la Actividad Física de la embarazada a una percepción de 12-14. En caso de trabajar con una escala de 1 a 10, la intensidad aproximada sería de 6 a 7.

Prescripción de Entrenamiento con cargas/neuromuscular

Es importante entrenar todos los grupos musculares principales tanto durante el embarazo como el periodo post-parto.	EJEMPLO DE EJERCICIOS DE FUERZA		
	ZONA	PROPUESTA	EJEMPLO
	Espalda Alta	Cuidado Postural	Encogimientos de hombro, activación escapular
	Espalda Baja	Cuidado Postural	Ejercicios como el 4 Point Kneeling (Supermán)
Calentamiento y Vuelta a la calma: Relajación en cuello, rotadores de hombro, espalda, brazos, cadera, rodillas, tobillos, etc. Estiramiento estático: la mayoría de grupos musculares. (VIGILAR EL ROM EXCESIVO)	Abdomen - CORE	Cuidado postural, así como prevención de dolor lumbar, diástasis del recto y refuerzo de toda la pared abdominal.	Adaptaciones específicas de los ejercicios clásicos en los 3 planos como pueden ser los curl-ups o extensiones lumbares.
	Suelo Pélvico (Kegel)	Cuidado postural así como la prevención de la incontinencia urinaria.	"Ondas", "Ascensor"
	Tren Superior	Mejorar la fuerza de soporte de las mamas.	Rotaciones de hombro y modificación de push-ups en pared.
	Tren Inferior y Glúteos	Facilitación de la carga de peso extra y prevención de varices.	Puente de cadera, levantamiento de piernas en diferentes planos.

PRECAUCIONES PARA EL ACONDICIONAMIENTO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO

VARIABLE	EFEECTO DEL EMBARAZO	MODIFICACIONES
Posición corporal	En la posición supina (boca arriba), el útero puede producir tanto un decrecimiento del riego sanguíneo hacia el tren inferior así como una mayor presión en la vena Cava Inferior y restricción del fluido sanguíneo a la Arteria Abdominal Aorta.	Alterar los ejercicios realizados en posición supina a partir del 4º mes de embarazo. Buscar variaciones de los ejercicios preferentemente de pie o en tendido lateral.
Laxitud articular	Los ligamentos se relajan en mayor medida por efectos hormonales. Las articulaciones son más propensas a lesiones.	Evitar cambios bruscos en las direcciones de movimiento. Control de los Rangos de Movimiento en los estiramientos.
Musculatura Abdominal	Presencia de una hernia de tejido conectivo sobre la línea media del abdomen (diástasis del recto) en buena parte de los embarazos.	No realizar ejercicios abdominales una vez se ha desarrollado la diástasis.
Postura	El aumento de peso y del tamaño de las mamas y el útero puede causar una modificación de la alineación postural así como del centro de gravedad afectando al grado de lordosis lumbar. A su vez, puede provocar mayor cifosis dorsal e incluso lordosis cervical en compensación al anterior.	Tendremos especial cuidado en la postura así como alineación pélvica dentro del rango neutro. Corrigiremos y visualizaremos a la embarazada la ubicación del neutro con una pequeña retroversión pélvica junto a una flexión de rodillas para neutralizar la lordosis.
Precauciones en ejercicio con cargas.	Tendremos especial atención a la correcta respiración durante el ejercicio. Exhalar durante el esfuerzo e inhalar durante la relajación mientras realizamos un trabajo con altas repeticiones y baja intensidad. Evitaremos la maniobra de Valsalva. Evitaremos el ejercicio en posición supina desde los 4 meses de gestación.	

El cuestionario PARmedX original fue desarrollado por L.A. Wolfe, Ph.D. por la Universidad de Queens y actualizado por el Dr. M.F. Mottola, Ph.D. de la Universidad de West Ontario.

No se permiten cambios en el mismo. Si se anima tanto a la reproducción de éste como a la traducción fiel al texto original.

El PARmed-X para embarazo puede ser descargado desde:

Canadian Society for Exercise Physiology
www.csep.com/forms

PARmedX para el embarazo – Formulario de Evaluación de Salud (recibir autorización médica para la práctica de ejercicio)

Yo, _____ (nombre de la paciente), he comentado mi intención de realizar Actividad Física durante mi embarazo actual con mi especialista médico y tengo su aprobación para la realización de la misma.

Firmado:

Fecha: _____

(firma y nombre de la embarazada)

OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA:

Nombre del médico/a y número de colegiado/a:

RECOMENDACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA: --

Recomendaciones para una vida activa durante el embarazo

El embarazo es una fase de la vida de la mujer que, puede ser aprovechada para hacer cambios de hábitos saludables, así como el cuidado y desarrollo saludable de su futuro hijo/a. Estos cambios incluyen los hábitos nutricionales, la abstinencia del consumo de tabaco y alcohol y la participación regular en planes de Acondicionamiento Físico. Partiendo de que todos estos cambios pueden mantenerse en el periodo post-parto y años posteriores, el embarazo puede acabar ofreciendo repercusiones muy positivas, tanto para la salud como incluso para la imagen corporal de la madre.

Vida Activa:

- Visite a su doctor/a antes de incrementar su nivel de Actividad Física.
- Ejercítese regularmente pero sin llegar a la extenuación.
- Ejercítese con otra embarazada o asista a un programa de entrenamiento prenatal.
- Siga los principios FITT adaptados al embarazo.
- Conozca los principios más importantes sobre ejercicio y embarazo.

Alimentación Saludable:

- Los requerimientos calóricos aumentan sensiblemente (unas 300 kcal diarias de promedio) durante el embarazo.
- Siguiendo la Guía Canadiense de Alimentación Saludable, optaremos por escoger los siguientes alimentos: Pan o cereales integrales, frutas, vegetales, leche y productos derivados, carne, pescado, ave y alternativas.
- Beber de 6 a 8 vasos de agua diarios.
- No restringir, pero sí limitar el consumo de sal.
- Limitar el consumo de cafeína.
- No se recomienda la realización de dietas para perder peso.

Imagen y Autoestima:

- Recuerda que es normal ganar peso durante el embarazo.
- Aceptar que el mismo conlleva una serie de cambios físicos.
- Disfruta de tu embarazo como una experiencia única y maravillosa.

Pautas de Seguridad:

- Evita realizar ejercicio en entornos húmedos, especialmente durante el primer trimestre.
- Evita el ejercicio isométrico de intensidad o manteniendo la respiración.
- Mantén una nutrición e hidratación adecuada, bebiendo líquidos antes y después del entrenamiento.
- Evita el ejercicio continuo en decúbito prono, a partir del 4º mes de embarazo.
- Evita actividades con peligro de caída o contacto físico.
- Conoce tus límites.
- Conoce las razones para parar de realizar Actividad Física y consulta a un especialista cualificado en cuanto notes una de ellas.

Razones para Dejar de Ejercitarse:

- Falta de respiración/aliento.
- Dolor en el pecho.
- Contracciones dolorosas en el útero (más de 6-8 por hora).
- Sangrado vaginal.
- Cualquier líquido o fluido vaginal que pueda sugerir ruptura de la membrana.
- Mareos o pérdidas de equilibrio.



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

**ANEXO VI: DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA
Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA O EN
PERIODO DE LACTANCIA NATURAL**



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL

Junto al presente certificado deberá acompañar:

1. Evaluación del puesto de trabajo

(Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales). Los riesgos deben aparecer debidamente **descritos, valorados y acreditados de manera específica**, en la forma que se desprende del art. 26.1 en relación con el 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La evaluación de riesgos deberá comprender la determinación de la **naturaleza, el grado y la duración de la exposición** a agentes, procedimientos o condiciones certificados.

2. Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo

(Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

Este documento podrá ser utilizado por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a efectos de emitir el informe previsto en los artículos 39.6 y 47.6 del Real Decreto 295/09, de 6 de marzo, en caso de existir posibles **contradicciones o indicios de connivencia** para la obtención de la prestación.

A cumplimentar por la empresa

1. DATOS DEL DECLARANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI-NIE-TIE
Cargo	Empresa		Código de Cuenta de Cotización
Domicilio		Localidad	Provincia
Código Postal	Teléfono	Correo electrónico	

2. DATOS DE LA SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-TIE
Número Seguridad Social	Puesto de trabajo		Categoría profesional
Jornada			
Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Indique el horario en ambos casos _____			
Descansos			
¿La trabajadora puede realizar pausas cuando lo precise?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Principales tareas del puesto			
Descripción de las <u>tareas</u> más frecuentes en la jornada laboral. Indicar tiempo efectivo en la tarea o % en la jornada. NO indicar los riesgos.			
		Habitual Tiempo o %	Ocasional
Tarea 1	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 2	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 3	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 4	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 5	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas que se van a adaptar a la trabajadora gestante			
Tarea 1			
Tarea 2			
Tarea 3			
Tarea 4			

Sustitución de la trabajadora gestante

¿La trabajadora va a ser sustituida en su puesto de trabajo?: SI NO

Describa los riesgos asociados a las tareas del puesto de trabajo

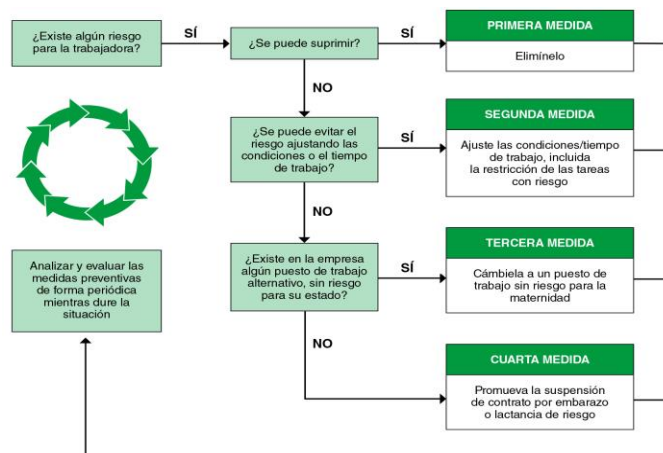
Indique los riesgos que considera asociados a las tareas de la trabajadora	Indique las medidas preventivas adoptadas para la protección del embarazo. <i>(Art. 26 Ley Prevención de Riesgos Laborales)</i>
Manipulación manual de cargas: Tipo de manipulación: <ul style="list-style-type: none"> • Empuje/Arrastre <input type="checkbox"/> • Transporte <input type="checkbox"/> • Ascenso/Descenso <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Uso de medios auxiliares (transpaletas, carros, etc) <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Indicar.....
Posturas forzadas: Tipo de postura forzada: <ul style="list-style-type: none"> • Bipedestación: <input type="checkbox"/> • Deambulación <input type="checkbox"/> • Sedestación <input type="checkbox"/> • Flexión del tronco >60º <input type="checkbox"/> • Otras..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación de tareas <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Indicar:
Ruido: <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ deberá aportar mediciones asociadas al puesto de trabajo y tiempo de exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> Indicar.....
Radiaciones ionizantes: <input type="checkbox"/> Lleva dosímetro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ deberá aportar dosimetría	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Adaptación de tareas <input type="checkbox"/> • Otras.....
Vibraciones de cuerpo entero o mano-brazo: <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ deberá aportar mediciones asociadas al puesto de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Sustitución del equipo/máquina por otro que no produce vibraciones <input type="checkbox"/> • Otras.....
Exposición a frío/calor extremo: <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ deberá aportar mediciones frío / calor: temperatura, humedad y tiempo de exposición / valoración de estrés térmico (acorde a la UNE-EN ISO 11079:2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Medidas Preventivas
Exposición a agentes químicos: <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ deberá aportar las fichas técnicas de los productos químicos y medición de Valores Ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Protección individual <input type="checkbox"/> Indicar <ul style="list-style-type: none"> • Protección colectiva (campana extractora, cámara flujo laminar,...) <input type="checkbox"/> Indicar

<p>Exposición a agentes biológicos: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí la trabajadora deberá aportar la serología específica (Guía Médica para la Valoración del Riesgo durante el Embarazo. INSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Otras..... <input type="checkbox"/>
<p>Otros riesgos no especificados en los apartados anteriores:</p>	

En consecuencia **DECLARO** que:

Artículo 26 LPRL	1. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha sido posible eliminar los riesgos anteriormente indicados por los siguientes motivos :
	2. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha sido posible adaptar las condiciones de trabajo o el tiempo de trabajo por los siguientes motivos :
	3. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha sido posible reubicar a la trabajadora a otro puesto exento de riesgos por los siguientes motivos :
	4. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> existe en la empresa ningún puesto de trabajo exento de riesgo

Artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales



Fuente: Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo

Muy importante:

1. El presente documento es una **declaración por parte del empresario firmante**, siendo él mismo, el **único responsable legal** de la **veracidad de su contenido**.
2. Será imprescindible rellenar todos los campos.
3. El abajo firmante declara que son **exactos y veraces los datos** contenidos en el presente documento y que **no ha ocultado u omitido** dato, hecho o circunstancia alguna **que pueda influir en la correcta valoración** de la concesión de esta prestación de la Seguridad Social.
4. En caso de que la empresa pueda (Artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales) ajustar las condiciones o el tiempo de trabajo o, en su defecto, reubicar a la trabajadora embarazada o en período de lactancia a un puesto de trabajo exento de riesgo, podrá **reducir en un 50% las cotizaciones a la Seguridad Social por Contingencias Comunes**.

En, a de de 20.....

Firma del responsable de la empresa (adjuntar fotocopia del DNI) y sello

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dgd@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: dgd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

DECLARACIÓ EMPRESARIAL SOBRE L'ACTIVITAT DESENVOLUPADA I LES CONDICIONS DE TREBALL DE LA TREBALLADORA EMBARASSADA O EN PERÍODE DE LACTÀNCIA NATURAL

Al costat del present certificat haurà d'acompanyar:

1. Avaluació del lloc de treball

(Disposició addicional segona del Reial decret 295/2009, de 6 de març i article 16.2 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals). Els riscos han d'aparèixer degudament **descrits, valorats i acreditats de manera específica a**, en la forma que es desprèn de l'art. 26.1 en relació amb el 16 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals. L'avaluació de riscos haurà de comprendre la determinació de la **naturalesa, el grau i la durada de l'exposició** a agents, procediments o condicions certificats.

2. Relació de llocs de treball exempts de risc

(Disposició addicional segona del Reial decret 295/2009, de 6 de març i article 26.2 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals).

Aquest document podrà ser utilitzat per la Inspecció de Treball i Seguretat Social a l'efecte d'emetre l'informe previst en els articles 39.6 i 47.6 del Reial decret 295/09, de 6 de març, en cas d'existir possibles **contradiccions o indicis de convivència** per a l'obtenció de la prestació.

A emplenar per l'empresa

1. DADES DEL DECLARANT

Nom	Primer cognom	Segon cognom	DNI-NIE-TIE
Càrrec	Empresa		Codi de Compte de Cotització
Domicili		Localitat	Província
Codi Postal	Telèfon	Correu electrònic	

2. DADES DE LA SOL-LICITANT

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI-NIE-TIE
Número Seguretat Social	Lloc de treball		Categoria professional
Jornada			
Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Indiqui l'horari en tots dos casos _____			
Descansos			
La treballadora pot realitzar pauses quan ho precisi?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Principals tasques del lloc			
Descripció de les tasques més freqüents en la jornada laboral. Indicar temps efectiu en la tasca o % en la jornada. NO indicar els riscos.			
		Habitual Temps o %	Ocasional
Tasca 1	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tasca 2	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tasca 3	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tasca 4	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tasca 5	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tasques que s'adaptaran a la treballadora gestant			
Tasca 1			
Tasca 2			
Tasca 3			
Tasca 4			

Substitució de la treballadora gestant

La treballadora serà substituïda en el seu lloc de treball?: SI NO

Descrigui els riscos associats a les tasques del lloc de treball

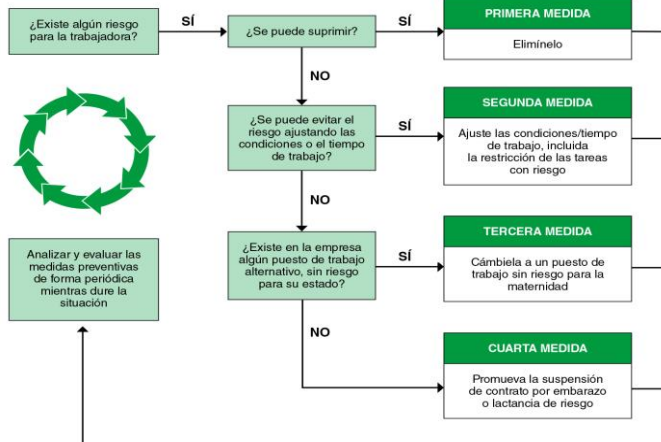
Indiqui els riscos que considera associats a les tasques de la treballadora	Indiqui les mesures preventives adoptades per a la protecció de l'embaràs. <i>(Art. 26 Llei Prevenció de Riscos Laborals)</i>
Manipulació manual de càrregues: Tipus de manipulació: <ul style="list-style-type: none"> • Empènyer /Arrossegament <input type="checkbox"/> • Transport <input type="checkbox"/> • Ascens/Descens <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminació del risc <input type="checkbox"/> • Ús de mitjans auxiliars (transpaletas, carros, etc) <input type="checkbox"/> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> Indicar.....
Postures forçades: Tipus de postura forçada: <ul style="list-style-type: none"> • Bipedestació <input type="checkbox"/> • Deambulació <input type="checkbox"/> • Sedestació <input type="checkbox"/> • Flexió del tronc >60° <input type="checkbox"/> • Altres..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminació del risc <input type="checkbox"/> • Adaptació de tasques <input type="checkbox"/> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> Indicar:
Soroll: <input type="checkbox"/> Si la resposta és Sí, haurà d'aportar mesuraments associats al lloc de treball i temps d'exposició	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminació del risc <input type="checkbox"/> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> Indicar.....
Radiacions ionitzants: <input type="checkbox"/> Porta dosímetre: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la resposta és Sí, haurà d'aportar dosimetria	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> • Adaptació de tasques <input type="checkbox"/> • Altres.....
Vibracions de cos sencer o mà-braç: <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Si la resposta és Sí, haurà d'aportar mesuraments associats al lloc de treball	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> • Substitució de l'equip/màquina per un altre que no produeix vibracions <input type="checkbox"/> • Altres.....
Exposició a fred/calor extrem: <input type="checkbox"/> Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Si la resposta és Sí, haurà d'aportar mesuraments fred / calor: temperatura, humitat i temps d'exposició / valoració d'estrès tèrmic (concorde a la UNE-EN ISO 11079:2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> • Mesures Preventives
Exposició a agents químics: <input type="checkbox"/> Si la resposta és Sí, haurà d'aportar les fitxes tècniques dels productes químics i mesurament de Valors Ambientals.	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminació del risc <input type="checkbox"/> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> • Protecció individual <input type="checkbox"/> Indicar <ul style="list-style-type: none"> • Protecció col·lectiva (campana extractora, cambra flux laminar,...) <input type="checkbox"/> Indicar.....

Exposició a agents biològics: <input type="checkbox"/> Si la resposta és SÍ la treballadora haurà d'aportar la serologia específica (Guia Mèdica per a la Valoració del Risc durant l'Embaràs. INSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminació del risc <input type="checkbox"/> • Adaptació del lloc de treball <input type="checkbox"/> • Altres..... <input type="checkbox"/>
Altres riscos no especificats en els apartats anteriors:	

En conseqüència **DECLARO** que:

Article 26 LPRL	1. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha estat possible eliminar els riscos anteriorment indicats pels següents motius :
	2. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha estat possible adaptar les condicions de treball o el temps de treball pels següents motius :
	3. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha estat possible reubicar a la treballadora a un altre lloc exempt de riscos pels següents motius :
	4. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> existeix en l'empresa cap lloc de treball exempt de risc

Article 26 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals



Fuente: Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo

Molt important:

1. El present document és una **declaració per part de l'empresari signant**, sent ell mateix, l'únic **responsable legal** de la veracitat del seu contingut.
2. Serà imprescindible emplenar tots els camps.
3. El sotasignat declara que són **exactes i verços les dades** contingudes en el present document i que **no ha ocultat o omesa** dada, fet o cap circumstància **que pugui influir en la correcta valoració** de la concessió d'aquesta prestació de la Seguretat Social.
4. En cas que l'empresa pugui (Article 26 de la Llei de Prevenció de Riscos Laborals) ajustar les condicions o el temps de treball o, en defecte d'això, reubicar a la treballadora embarassada o en període de lactància a un lloc de treball exempt de risc, podrà **reduir en un 50% les cotitzacions a la Seguretat Social per Contingències Comunes**.

En, a.....de.....de 20.....

Signatura del responsable de l'empresa (adjuntar fotocòpia del DNI) i segell

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. **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: dpd@umivaleactiva.es. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

ANEXO VII: SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

SOLICITUD DE PRESTACIÓN 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 PERSONALES DE LA SOLICITANTE

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

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo Fecha de suspensión del contrato ____/____/____ Fecha cese de actividad ____/____/____ (en caso de cuenta propia)	<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural Fecha de suspensión del contrato ____/____/____ Fecha cese de actividad ____/____/____ (en caso de cuenta propia)
En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible:	
¿Se ha intentado adaptar las condiciones de su puesto de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se ha intentado reubicarla en otro puesto de trabajo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ALEGACIONES:	

3. DATOS DE LA EMPRESA O EMPLEADOR

Razón Social		Código Cuenta Cotización
Domicilio		
C.P.	Población	Provincia

4. DATOS BANCARIOS (la solicitante declara ser titular de la cuenta)

Código IBAN (pagos en territorio nacional)													
CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.	Nº CUENTA					

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.

Si la solicitud de la prestación mencionada ha sido presentada sin los documentos imprescindibles para su tramitación, deberá aportar la documentación necesaria en el plazo de 10 días hábiles contados a partir de la presentación de esta solicitud.

Si no presenta en este plazo el/los documento/s indicado/s, se la tendrá por desistida de su petición, de acuerdo con los Artículos 70, 71 y 42 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, Ley 30/1992, BOE de 27/11/92 en relación con la Disposición Adicional 25ª de la LGSS.

En.....a.....de.....de 20.....
 .Firma de la 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>.

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		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:** 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. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

ANEXO VIII: COMUNICACION DE DATOS AL PAGADOR (Mod 145)



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo

145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.)

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes	
		Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indique también con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)			Convivencia con otros descendientes	
		Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				
Año de nacimiento		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013. Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

....., de de

Firma del perceptor: _____

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

....., de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: _____

Fdo.: D / D.ª _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo

145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento 1
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas 2
 NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) 3
 (Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes	
		Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indique también con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)			Convivencia con otros descendientes	
		Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				
Año de nacimiento		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

....., de de

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

....., de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D / D.ª

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para el perceptor

**ANEXO IX: CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA PARA LA
SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL
EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL**



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA O EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

**Sólo cumplimentar en el caso de trabajadoras por cuenta ajena y empleadas del hogar.*

D/Dª _____ con DNI-NIE-TIE _____ que desempeña en la empresa el cargo de _____ CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización que a continuación de consignan.

1. DATOS DE LA EMPRESA

Razón social		Código de Cuenta de Cotización					
Domicilio		Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Teléfono			

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos		Nombre		Teléfono			DNI - NIE - TIE	
Domicilio		Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal	
Localidad		Provincia		Nº Afiliación Seguridad Social				
Profesión	Grupo de cotización	Tipo de contrato		Régimen			Fecha de suspensión contrato	

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO⁽²⁾

A. Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado B.								
Base de Contingencias Profesionales				Número de días				
B. Bases de cotización por horas extraordinarias y otros, en los doce meses anteriores a la suspensión. (2) Deberán certificarse las bases de cotización de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato, incluyendo las horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización.								
Base de Contingencias Profesionales				Número de días:				
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL O FIJO DISCONTINUO: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de suspensión del contrato de trabajo.				RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA				
				Trabajadora: <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Eventual Núm. Jornadas reales mes anteriores a la baja:				
Año	Mes	Núm. Días cotizados	Base AT / EP	Salario real de la trabajadora:				€/día
Totales								

En _____, a _____ de _____ de 20____
Firma del responsable y sello

Información sobre protección de datos personales

Responsable: umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dgd@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: dgd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

CERTIFICAT DE COTITZACIONS DE L'EMPRESA O OCUPADOR PER A LA SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LACTÀNCIA NATURAL

**Només emplenar en el cas de treballadores per compte aliena i empleades de la llar.*

Sr/Sra _____ amb DNI-NIE-TIE _____
 que exerceix en l'empresa el càrrec de _____ CERTIFICA, que són certes les dades relatives a l'empresa, així com els personals, professionals i de cotització que a continuació de consignen.

1. DADES DE L'EMPRESA

Raó social		Codi de Compte de Cotització					
Domicili		Núm.	Bloc	Esc.	Pis	Porta	Codi Postal
Localitat		Província		Telèfon			

2. DADES DE LA TREBALLADORA

Cognoms		Nom		Telèfon			DNI - NIE - TIE	
Domicili		Núm.	Bloc	Esc.	Pis	Porta	Codi Postal	
Localitat		Província		Núm. Afiliació Seguretat Social				
Professió	Grup de cotització	Tipus de contracte		Règim		Data de suspensió contracto		

3. DADES DE COTITZACIÓ DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSÍO DEL CONTRACTE⁽²⁾

A. Bases de cotització del mes anterior, excloent els conceptes de l'apartat B.				
Base de Contingències Professionals			Número de dies	
B. Bases de cotització per hores extraordinàries i altres, en els dotze mesos anteriors a la suspensió. <small>(2) Hauran de certificar-se les bases de cotització dels dotze mesos anteriors a la suspensió del contracte, incloent-hi les hores extres i altres remuneracions que no hagin estat objecte de prorrateig en les bases mensuals de cotització.</small>				
Base de Contingències Professionals			Número de dies:	
EN CAS DE CONTRACTE A TEMPS PARCIAL O FIX DISCONTINU: se certificaran les bases de cotització dels tres mesos immediatament anteriors a la data de suspensió del contracte de treball.			RÈGIM ESPECIAL AGRARI COMPTE ALIÈ Treballadora: <input type="checkbox"/> Fixa <input type="checkbox"/> Eventual Núm. Jornades reals mes anteriors a la baixa:	
			Salari real de la treballadora:€/dia	
Any	Mes	Núm. Dies cotitzats	Base AT / MP	
Totals				

En _____, a _____ de _____ de 20__

Signatura del responsable i segell

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, DGSS). 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>.

**ANEXO X: SOLICITUD CAMBIO DE CUENTA BANCARIA PARA EL ABONO DE LA
PRESTACIÓN**



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

SOLICITUD CAMBIO DE CUENTA BANCARIA

D./D^a _____

con DNI/NIE _____

o en su nombre D./D^a _____

con DNI/NIE _____

SOLICITA

Que el siguiente pago de mi prestación se realice en esta nueva cuenta,

Código IBAN															
CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.	Nº CUENTA							

en la que figuro como titular, lo que pongo en su conocimiento a los efectos oportunos.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a **umivale Activa** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición

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>.

SOL-LICITUD CANVI DE COMPTE BANCARI

Sr./Sra. _____

amb DNI/NIE _____

o en su nombre Sr./Sra. _____

amb DNI/NIE _____

SOL-LICITA

Que el següent pagament de la meva prestació es realitzi en aquest nou compte,

Codi IBAN															
CODI PAÍS	ENTITAT			SUCURSAL			D.C.	Nº COMPTE							

en què figuri com a titular, la qual cosa poso en el seu coneixement als efectes oportuns.

DECLARO, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno a la present sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a **umivale Activa** qualsevol variació de les dades en ella expressats que pogués produir-se en endavant, i

SOL-LICITO, mitjançant la signatura del present imprès, que es doni curs a la meva petició

A, a de de

Signatura del sol·licitant

Informació sobre protecció de dades personals

Responsable: **umivale Activa** Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social nº 3. **Contacte del Delegat de Protecció de Dades:** 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. **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 **escriu**, 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. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

ANEXO XI: SOLICITUD/FINALIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL TIPO VOLUNTARIO A EFECTOS DE LAS RETENCIONES DEL IRPF DURANTE EL ABONO DE LA PRESTACIÓN.



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**

SOLICITUD/FINALIZACION DE APLICACIÓN DEL TIPO VOLUNTARIO A EFECTOS DE LAS RETENCIONES DEL IRPF

(Documento a rellenar sólo cuando se quiere aplicar un tipo de IRPF voluntario superior al establecido por la ley del IRPF)

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
DNI – NIE - Pasaporte	Domicilio habitual (calle o plaza)			Núm.	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal		Localidad		Provincia				
Correo electrónico			Teléfono		Teléfono móvil			

2. SOLICITA

<input type="checkbox"/> El tipo voluntario (En cualquier caso debe ser superior al practicado actualmente a su prestación). Porcentaje a aplicar: %	<input type="checkbox"/> Finalización de aplicación de tipo voluntario para el siguiente ejercicio. (El nuevo tipo a aplicar será el que se desprenda de la información aportada en la comunicación de la situación personal y familiar, que sirve de base para el cálculo de las retenciones establecidas en la ley del IRPF)
--	---

Firma del interesado: _____ En _____ a _____ 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>.



**Procedimiento de actuación para la
protección de la maternidad**

**RH.PRL.REL.01
Versión 01**



GENERALITAT
VALENCIANA



SGISE
Societat Valenciana de Gestió Integral
dels Serveis d'Emergències

