

Solicitud de reintegro de prestación por incapacidad temporal no deducida en los boletines de cotización

Contingencia profesional.....
 Contingencia común.....

1. Datos del solicitante

Nombre y apellidos de la persona que solicita el reintegro		DNI/NIE/Pasaporte	Cargo desempeñado en la empresa
Razón social/Denominación de la empresa			
CIF/NIF Empresa	Régimen de la Seguridad Social		Código Cuenta de Cotización (CCC)
Domicilio: (calle/plaza/nºportal-piso)		C.P y Localidad	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail	

2. Datos de la devolución que se solicita

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN

3. Datos de los trabajadores. Por los que no efectúan las deducciones

Nombre y Apellidos	DNI/NIE/TIE	Fecha de la baja	Base reguladora	Periodo solicitado		Importe solicitado
				Desde	Hasta	
		___/____/___				
		___/____/___				
		___/____/___				
		___/____/___				
		___/____/___				

4. Documentación que se debe aportar

Modelos TC-1 y TC-2 correspondientes: mes anterior a la baja médica y de los meses de los cuales se solicita el reintegro.

5. Código internacional cuenta bancaria (IBAN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE Lugar: _____ Fecha: ___/____/___ Firma _____		SELLO SOLICITANTE
---	--	-------------------

Información detallada sobre protección de datos

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que al facilitar datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

Responsable del tratamiento: Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUAMUR) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto atencionalcliente@ibermutuamur.es. Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección dpd@ibermutuamur.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales serán tratados para gestionar y prestar por parte de IBERMUTUAMUR sus servicios en su condición de mutua colaborada con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar la prestación de incapacidad temporal.

Legitimidad: La base de licitud del tratamiento es consentimiento otorgado con la solicitud efectuada y el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social en la gestión de las prestaciones económicas por incapacidad temporal.

Destinatarios de los datos: Los datos personales podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social y Entidades de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

Plazo de conservación de los datos: Los datos serán conservados durante el tiempo que se gestione la prestación y la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Ejercicio de derechos: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, así como revocar el consentimiento otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o a la dirección derechosdatospersonales@ibermutuamur.es concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto www.agpd.es o C/Jorge Juan nº 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

Más información: En el Aviso legal y Privacidad de www.ibermutuamur.es