

**SOLICITUD DE REINTEGRO DE PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL ABONADA EN RÉGIMEN DE PAGO DELEGADO Y NO DEDUCIDA EN LOS BOLETINES DE COTIZACIÓN**

**1.DATOS DE LA EMPRESA**

Razón social / Denominación de la empresa				Código Cuenta Cotización (C.C.C.)			
Domicilio						Código Postal	
Localidad	Provincia	Teléfono	FAX	Dirección de correo electrónico			
Nombre y apellidos de la persona que solicita la devolución			DNI - NIE		Cargo desempeñado en la empresa		

**2.DATOS BANCARIOS**

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA BANCARIA

Ponga especial atención a la hora de rellenar el número de cuenta bancaria para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

**3.DATOS DE LOS TRABAJADORES**

Nombre y apellidos	DNI - NIE	B.R.	Período solicitado	Importe solicitado

**4.MUTUA COLABORADORA A LA QUE PERTENECE**

 suma  
  suma  
  suma  
  suma  
  suma

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

Firma y sello de la empresa

**DOCUMENTACION QUE DEBE ACOMPAÑARSE**

- Nómina del mes anterior a la baja médica (en caso de contratos a tiempo parcial las nóminas de los tres meses anteriores).
- Boletines de cotización de los meses para los cuales se solicita la devolución.