

SOLICITUD DE FRACCIONAMIENTO DEL PAGO DE PRESTACIONES INDEBIDAMENTE PERCIBIDAS

1. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos			Nº DNI o NIE	
Domicilio				Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono	Dirección de correo electrónico	
Nacionalidad		Nº Seguridad Social		Fecha de nacimiento

2. DATOS DE LA PERCEPCIÓN INDEBIDA/RECONOCIMIENTO DE DEUDA

He recibido notificación de MAZ de fecha , declarando el cobro indebido de prestaciones por por una cuantía de euros, correspondiente al período comprendido entre y .

3. DATOS DE LA PROPUESTA

SOLICITO me sea concedido el aplazamiento de la deuda indicada, en los plazos de amortización que se proponen a continuación:

- Número de meses en las cuales reintegrará la totalidad de la deuda: meses.
- Cuantía mensual euros.
- Fecha en la cual quedaría reintegrada la totalidad de la deuda

4. FECHA DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado:

5. INFORMACIÓN RELATIVA AL FRACCIONAMIENTO DEL COBRO INDEBIDO

- El aplazamiento de la deuda queda regulado en el artículo 23 del texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre
- El plazo para solicitar el fraccionamiento es de 30 días hábiles desde la notificación.
- El plazo máximo de devolución del fraccionamiento es de 60 mensualidades.
- La mera solicitud de fraccionamiento no suspende el procedimiento recaudatorio. Denegada dicha solicitud, se remitirá a la TGSS para el inicio de la vía ejecutiva.
- Si una vez concedido el fraccionamiento, accede a una prestación por parte de esta mutua, se suspenderá el fraccionamiento pasando a compensar se deuda con dicha prestación, pudiendo entonces, solicitar la compensación parcial.
- El incumplimiento del pago indicado en el apartado anterior, dará lugar al traslado de la deuda pendiente a la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), para su reclamación con un recargo del 20%, más los intereses que resulten de aplicación desde la finalización del período voluntario de pago.

Se le comunica que los datos personales facilitados serán **tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la **finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social** como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, **podrá ejercer cualquiera de sus derechos** (acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la **dirección lopd@maz.es**.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>