

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

Nombre o razón social		Nº de Expediente	
DNI o CIF	Nº Afiliación	Nº Inscripción/Identificación	
Domicilio (Vía pública y número)			
Código Postal	Localidad	Provincia	Régimen

TRABAJADOR:		DNI:	
Nº AFILIACIÓN:			
Período	Nº de días	Base diaria	Cuantía total
Del	al		
MODALIDAD DE DEVOLUCIÓN: TRANSFERENCIA			
Titular cuenta corriente:			
Banco o Caja de Ahorro:			
Sucursal o Agencia de:			
Documentos que acompañan la solicitud a instancias de la Mutua:			
- TC1-TC2 DEL MES ANTERIOR A LA BAJA, MESES PARA LOS QUE SE SOLICITA LA DEVOLUCIÓN Y MES POSTERIOR A LA FINALIZACIÓN DEL PERIODO PARA EL QUE SE SOLICITA LA DEVOLUCIÓN.			
- PARTE DE BAJA/ALTA			
- RECIBOS SALARIALES JUSTIFICATIVOS DE LOS MESES QUE SE SOLICITA LA DEVOLUCIÓN.			
- CERTIFICADO ORIGINAL EMITIDO POR TESORERÍA DE LA SITUACIÓN DE LA EMPRESA RESPECTO AL INGRESO DE COTIZACIONES.			

Suscribe la solicitud D./Dña. con DNI

En calidad de

En a De Del 20

Fdo.