

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

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

1. Datos de la empresa

Nombre y apellidos de la persona que solicita el reintegro		DNI/NIE/Pasaporte	Cargo desempeñado en la empresa
Nombre o razón social			
CIF/NIF Empresa	Régimen de la Seguridad Social		Código Cuenta Cotización
Domicilio: (calle/plaza/nºportal-piso)		Código postal	Localidad
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	

2. Datos de la entidad financiera

IBAN:

CÓDIGO PAÍS	CCC		
	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA

3. Datos de los trabajadores

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

Documentación que se debe aportar

- Modelos TC – 1 y TC – 2 correspondientes a los meses: desde el mes anterior a la Baja y de los meses para los que solicita el reintegro.
- Fotocopia del DNI o documento equivalente de la persona que solicita el reintegro.
- Documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria
- En el caso de que la persona solicitante no pertenezca a la empresa, poder notarial o documento que acredite la autorización de la representación

En, a de de 20.....

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud de reintegro.

Firma y sello de la empresa