

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 | | | | | | NÚMERO DE CUENTA | | | | | |
|-------|-------------|---------|------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| | | ENTIDAD | OFICINA/SUCURSAL | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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

1. 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.
2. Fotocopia del DNI o documento equivalente de la persona que solicita el reintegro.
3. Documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria
4. 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