

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

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-----------|--|--------|----------|-------------------|--------|----|
| Nombre y apellidos de la persona que solicita la devolución | | | | DNI-NIE-Pasaporte | | | Cargo desempeñado | | |
| Razón social/Denominación de la empresa | | | | Dirección de correo electrónico | | | | | |
| CIF/NIF Empresa | | Código de Actividad (CNAE 09) | | Régimen de la SS | | | CCC | | |
| Dirección | | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CP |
| Localidad | | | Provincia | | | Teléfono | | | |
| Entidad responsable de Contingencias Comunes | | | | Entidad responsable de Contingencias Profesionales | | | | | |

2. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | S | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Entidad Financiera | | | | | | | | | | Domicilio | | | | | | | |
| Localidad | | | | | | | | | | Provincia | | | | | | | |

3. DATOS DE LOS TRABAJADORES

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

En _____ a _____ de _____ de _____.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE A LA PRESENTE SOLICITUD

Esencial

- Documentación original acreditativa del poder de representación de la empresa ostentado por la persona solicitante, y en su caso DNI-NIE-Pasaporte. Esto no será necesario si la solicitud se presenta por el Registro Electrónico de la Sede Electrónica de la Seguridad Social y el acceso se realiza por la propia empresa a través de un certificado digital de persona jurídica o a través de un apoderado inscrito en el Registro Electrónico de Apoderamiento de la Seguridad Social.
- Parte médico de baja (modelo P-9) y último parte de confirmación correspondiente al periodo solicitado de devolución de subsidios de incapacidad temporal no deducidos, total o parcialmente, de boletines de cotización. Si se hubiese producido el alta de trabajador/a, parte de alta correspondiente al proceso de incapacidad temporal.
- Recibos salariales justificativos de los importes abonados por la empresa y percibidos por el trabajador, en concepto de subsidio de incapacidad temporal, durante los meses en los que se solicita la devolución de subsidios de incapacidad temporal no deducidos, total o parcialmente, en los boletines de cotización.

No esencial

- Certificación original emitida por la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social, en la que se certifique la situación de la empresa respecto al ingreso de cotizaciones.
- Boletines de cotización (modelos TC1 y TC2) correspondientes a:
 - Mes anterior al inicio de la baja (en su caso, al correspondiente al mes de inicio de la baja). Para trabajadores con contrato a tiempo parcial se deberán adjuntar los boletines de cotización correspondientes a los tres meses anteriores al mes de la baja.
 - Meses para los cuales se solicita devoluciones de deducciones de subsidios de incapacidad temporal no deducidos en boletines de cotización.
 - Mes posterior a la finalización del periodo para el cual se solicita devolución de deducciones.

Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7, CIF: G39008321
Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.
Delegado de Protección de Datos: dpo@mutuamontanesa.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

Conservación de los datos: Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

Base legal: La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios: Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

- Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias.
- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc.
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.
- Administraciones Públicas sanitarias.
- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo, no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

Derechos: Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email dpo@mutuamontanesa.es.

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>