



SOL·LICITUD DE REINTEGRAMENT DE PRESTACIONS PER INCAPACITAT TEMPORAL

Pàgina 1 de 1

- Contingència Professional** (Accident de Treball o Malaltia Professional)
 Contingència Comuna (Accident No Laboral o Malaltia Comuna)

DADES DEL SOL·LICITANT

Cognoms i nom o raó social		NIF
Número d'afiliació de la Seguritat Social	Codi Compte Cotització	Règim
Domicili		
C.P.	Població	Província
Telèfon	Fax	Correu electrònic

DADES DE LA DEVOLUCIÓ

Treballador		NIF	
NASS	Per. des de	Per. fins a	Import
Motiu de la devolució			

DADES BANCÀRIES

Titular del compte		NIF		
IBAN	Entitat	Sucursal	DC	Número de compte

DOCUMENTACIÓ QUE ACOMPANYA

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

En compliment del que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal l'informem que, mitjançant la complementació del present formulari, les seves dades personals quedaran incorporades i seran tractades únicament i exclusivament per ACTIVA MUTUA 2008, amb la finalitat d'oferir-li els nostres serveis. Així mateix, l'informem de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades de caràcter personal, a lopd@activamutua.es o Pg. Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.

..... de de 20.....

Segell i signatura del sol·licitant