

SOLICITUD DE PAGO DELEGADO NO DEDUCIDO

1. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social		NIF / CIF		Código Cuenta Cotización			
Domicilio (calle o plaza)			Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta
Código Postal		Localidad		Provincia		Nacionalidad	
Persona de contacto		Email		Teléfono		Fax	
Régimen				Accidente de Trabajo / Enfermedad Común			

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Nº Afiliación a la Seguridad Social				DNI	

3. DATOS DE LA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

Causa de la devolución			
Fecha de baja médica		Periodo solicitado	Importe (*)

(*) El campo "Importe" es de cumplimiento obligatorio

4. DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta				DNI / NIE					
Código IBAN (pagos en territorio nacional)									
CÓDIGO PAÍS		ENTIDAD		SUCURSAL		D.C.		Nº CUENTA	

5. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE - ADMINISTRADOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
NIF / CIF		Teléfono		Fax	
Domicilio				Email	

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma y sello del solicitante o representante

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por **escrito**, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un **correo electrónico** a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.