

SOLICITUDE DE PAGAMENTO DELEGADO NON DEDUCIDO

1.- DATOS DA EMPRESA

Razón social:		NIF/CIF:		Código de conta de cotización:				
Domicilio:				Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código Postal:	Localidade:		Provincia:		Nacionalidade:			
Persoa de contacto:			Correo electrónico:		Teléfono:		Fax:	
Réxime:			Accidente de Trabalho/Enfermidade Común:					

2.- DATOS DO TRABALLADOR

Primeiro apelido:		Segundo apelido:		Nome:
N.º de Afiliación:				NIF:

3.- DATOS DA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

Causa da devolución

Data da baixa médica:	Período solicitado:	Importe*:
-----------------------	---------------------	-----------

* O campo "Importe" é de cumprimento obrigatorio

4.- DATOS BANCARIOS

Titular da conta:	DNI/NIE:
-------------------	----------

Código IBAN

E	S															
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.- DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE - ADMINISTRADOR

Primeiro apelido:		Segundo apelido:		Nome:
NIF/CIF:		Teléfono:		Fax:
Domicilio:			Correo electrónico:	

En _____ a _____ de _____ do _____

Sinatura e selo do solicitante ou representante

Información sobre protección de datos persoais

- **Responsable:** **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es
- **Finalidade e lexitimación:** Facilitar a xestión administrativa que implica a asociación, afiliación ou adhesión a **umivale**, así como facilitar posteriormente a xestión administrativa, asistencial e económica das prestacións que lle son propias e colaborar na xestión das continxencias de accidentes de traballo e enfermidades profesionais no ámbito da Seguridade Social.
- **Destinatarios:** Tesourería Xeral da Seguridade Social. Xulgados e tribunais cando exista a obriga legal de cedelos. Terceiros provedores de servizos que teñen acceso aos datos persoais.
- **Dereitos:** Poderá acceder, rectificar, suprimir, oponse a determinados tratamentos, así como exercer o seu dereito á limitación do tratamento, á portabilidade e a non ser obxecto dunha decisión baseada unicamente no tratamento automatizado dos seus datos. Por escrito, mediante unha solicitude dirixida a **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia), Presencialmente, en calquera dos nosos centros, enviando un correo electrónico ao seguinte enderezo: dpd@umivale.es
- **Información adicional:** Pode consultar a información adicional e detallada sobre a Protección de Datos na seguinte ligazón: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>