



SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CUOTAS INDEBIDAMENTE ABONADAS

Aviso importante: **ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO**

Registro de Entrada de la Oficina Receptora

1 - INDIQUE SU RÉGIMEN DE COTIZACIÓN (*)

RÉGIMEN GENERAL
RÉGIMEN SINGULAR

**A CUMPLIMENTAR
POR
LA ADMINISTRACIÓN**

2 - DATOS DEL COTIZANTE (*)

Nº DE AFILIACIÓN DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (con letra)

APELLIDOS NOMBRE

DOMICILIO

MUNICIPIO CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO PAÍS

3 - DATOS DEL REPRESENTANTE (*)

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (con letra)

APELLIDOS NOMBRE

DOMICILIO

MUNICIPIO CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO PAÍS

4 - DATOS BANCARIOS PARA LA DEVOLUCIÓN (*)

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA – IBAN **ES**

5 - DATOS DE LA DEVOLUCIÓN DE CUOTAS QUE SE SOLICITA (*)

En..... a..... (*)

6 – Lugar, fecha y firma del cotizante o de su representante, debidamente acreditado, en su caso.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las actividades relacionadas con las cotizaciones de MUFACE en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto legislativo 4/2000, de 23 de junio). Así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Más información en el apartado Privacidad y protección de datos de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es.

(*) Los campos resaltados en color rojo son de cumplimentación obligatoria. Ver instrucciones al dorso si actúa a través de representante.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

Recuerde que los campos resaltados en color rojo son de cumplimentación obligatoria

1 – Indique su régimen de cotización

Marque *régimen general* si el descuento a MUFACE lo hace su habilitado directamente en su nómina. Si abona vd. a MUFACE su cotización mediante un recibo trimestral o semestral marque *régimen singular*.

2 – Datos del Cotizante

Deben rellenarse todos los campos.

3 – Datos del Representante

Si actúa a través de representante, deben rellenarse todos los campos.

4 – Datos bancarios para la devolución

Deben rellenarse todos los campos. La transferencia bancaria es el único medio admitido para la devolución de cuotas.

5 – Datos de la devolución que se solicita

Indique el período, la causa y, el su caso, el importe de la devolución que reclama.

6 - Lugar, fecha y firma del cotizante/representante, debidamente acreditado, en su caso

Este formulario puede ser firmado electrónicamente pulsando con el ratón en el espacio designado para la firma. Todos los campos son de cumplimentación obligatoria.