

REINTEGRO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

DATOS DEL EMPLEADORA AFILIADO

Razón Social	CUIT*
	Nº de Contrato*
E-mail*	Teléfono

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre	Nº de Siniestro*
Fecha del Siniestro (dd/mm/aaaa)	Alta médica o último día solicitado de ILT* (dd/mm/aaaa)

* Campos obligatorios

REMUNERACIONES A REINTEGRAR*			CONTRIBUCIONES PATRONALES*	
PERÍODO		IMPORTE MES	Jubilación	%
MES	AÑO		INSSJP	%
			FN Empleo	%
			Salario Fliar	%
			ANSSAL	%
			Obra Social	%
SUBTOTAL PERÍODO			Total	%
Sueldo Anual Complementario (SAC)				

(dd/mm/aaaa)		
Fecha	Firma del empleador	Aclaración de firma

OBSERVACIONES
 1- El presente formulario cumple carácter de DECLARACION JURADA.
 2- En todos los casos las prestaciones y contribuciones a cargo del empleador serán liquidadas y abonadas por este último por cuenta y orden de Victoria Seguros.
 3- No se reintegrarán conceptos de "viáticos" o "refrigerio/almuerzo".
 4- La solicitud deberá contar con número de siniestro y número de contrato.
 5- Documentación a presentar junto a este formulario: Recibo de sueldo firmado por el empleado, Formulario 931 de de AFIP y comprobante de pago (toda la documentación de el/los meses a reintegrar).

 IMPORTANTE
 el formulario y la documentación necesarias para realizar el reintegro de ILT deberán enviarse via mail a: ilt@victoria.com.ar
 Ante cualquier duda o consulta puede comunicarse al (011) 4322-1100 int. 104